

Susanna Uola

LÄÄKEHOIDON KEHITTÄMINEN JA LÄÄKEPOIKKEAMIEN
EHKÄISY HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Hoitotyön koulutusohjelma
2015

LÄÄKEHOIDON KEHITTÄMINEN JA LÄÄKEPOIKKEAMIEN EHKÄISY HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Uola, Susanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2015
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 42
Liitteitä: 4

Asiasanat: hoitotyö, lääkehoito, lääkitysturvallisuus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön laatua asiakkaan lääkehoidon toteutuksen alueella Invalidiliiton Turun palvelutaloissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa henkilöstön näkemyksiä ja kokemuksia lääkehoidon nykyisestä toteutuksesta osana hoitotyötä, perehtyä asiakkaan lääkehoidon turvalliseen toteutukseen teorian ja Suomen sosiaali- ja terveysministeriön antaman ohjeistuksen avulla sekä etsiä mahdollisia kehittämistarpeita ja varmistaa osaltaan asiakkaan lääkitysturvallisuuden toteutuminen.

Teoriaosuudessa käsiteltiin hoitotyötä, määriteltiin hoitotyötä hoitotieteen kautta ja kuvailtiin hoitotyön prosessi käsitteenä. Lisäksi teoriaosuudessa käsiteltiin lääkehoitoa, lääkehoitosuunnitelmaa ja annosjakelua sekä lääkitysturvallisuutta ja siihen liittyviä lääkitysvirheitä ja lääkityspoikkeamia.

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivis-kvalitatiivista strukturoitua kyselylomaketta, joka koostui erilaisista väittämistä ja muutamista avoimista kysymyksistä. Kohdejoukkoon valikoitui Turun Validia-talon, Vasaramäen Validia-asuntojen ja Hirvensalon Validia-talon lääkehoitoa toteuttava henkilökunta, johon kuului niin vakituinen henkilökunta kuin myös pitkäaikaiset sijaiset. Kyselylomakkeita toimitettiin 70 kpl ja niistä palautui täytettynä 30 kpl, joten vastausprosentiksi muodostui 43 %. Tulokset analysoitiin ja muotoiltiin tilastolliseen muotoon Excel- ja Tixel-ohjelmia apuna käyttäen, ja tulokset ilmaistiin frekvensseinä, prosentteina ja graafisina kuvioina. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön erittelyn avulla.

Tutkimustulosten mukaan lääkehoito kokonaisuudessaan erilaisine käytäntöineen on osalle henkilöstöä vieras. Tutkimuksen avointen vastausten mukaan henkilöstö kaipaa lääkekoulutusta ja selkeää lääkekäytäntöjen vastuuhenkilöä. Lääkkeisiin liittyvää hoitohenkilöstön epävarmuutta ei ole syytä jatkaa, ja siksi koulutuksen ja perehdytyksen toteutus on hyvä suunnitella mahdollisimman pian.

Tulevaksi jatkotutkimukseksi voidaan ehdottaa, että tämä sama tutkimus toistettaisiin koulutuksen ja perehdytysohjelman jälkeen, jolloin tuloksia voitaisiin verrata keskenään. Muutenkin lääkehoitoon liittyvää tutkimusta voisi toteuttaa kyselynä määrävuosina niin, että voitaisiin selvittää lääkehoidon toteutumisen toimivuus.

MEDICINE ADMINISTRATION AND PREVENTION OF MEDICATION ERRORS FROM THE NURSING PERSPECTIVE

Uola, Susanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
February 2015
Supervisor: Flinck, Marja
Number of pages: 42
Appendices: 4

Keywords: nursing care, pharmacotherapy, medication safety

The purpose of this thesis was to improve the quality of nursing care with regard to administration of medication in FPD residential homes in Turku. The aim was to identify the views and experiences of the staff regarding current implementation of pharmacotherapy as part of nursing care, to study safe administration of medication based on theory and on guidelines given by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health, to identify any needs for further development and to contribute to the safety of pharmacotherapy.

The theoretical part deals with nursing care, defines it in terms of nursing science and describes the concept of nursing process. In addition, pharmacotherapy, medication plans and dose distribution, medication safety and associated errors and deviations are discussed.

The research method used for this thesis was a quantitative-qualitative structured questionnaire consisting of various statements and some open questions. The target group consisted of the staff members of Turku Validia house, Vasaramäki Validia apartments and Hirvensalo Validia house responsible for administration of medication, including both permanent and long-term temporaries. Seventy questionnaires were distributed and 30 completed and returned, giving a response rate of 43%. The data were analyzed and statistically processed with Excel and Tixel software, and the results expressed as frequencies and percentages as well as in graphic form. Open questions were analyzed by content analysis.

The results showed that some of the staff have no knowledge of pharmacotherapy as a whole or of various practices of administration of medication. Responses to open questions showed that the staff need training in pharmacotherapy and administration of medication and that responsibilities need to be clearly defined. There is no reason to continue uncertainty concerning medication among nursing staff, implementation of training and orientation would be good to plan as soon as possible.

For further research, I suggest repeating this study after the implementation of a training and orientation programme and comparing the results of the two studies. Regardless of this, annual surveys concerning administration of medication could be carried out in number of years, in order to establish how well pharmacotherapy was implemented.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 6 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET | 6 |
| 3.1 | Hoitotyö | 6 |
| 3.1.1 | Hoitotyön määrittelyä..... | 6 |
| 3.1.2 | Hoitotyön prosessi | 8 |
| 3.2 | Lääkehoito..... | 9 |
| 3.2.1 | Lääkehoitosuunnitelma..... | 10 |
| 3.2.2 | Annosjakelu | 12 |
| 3.3 | Lääkitysturvallisuus | 12 |
| 3.3.1 | Lääkitysvirhe | 13 |
| 3.3.2 | Lääkityspoikkeama..... | 15 |
| 4 | AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA | 16 |
| 5 | KOHDEJOUKKO JA TUTKIMUSMENETELMÄ..... | 17 |
| 5.1 | Yhteistyötaho | 17 |
| 5.1.1 | Invalidiliitto | 17 |
| 5.1.2 | Turun Validia-talo, Vasaramäen asumispalvelut sekä Hirvensalon Validia-talo | 18 |
| 5.2 | Tutkimusmenetelmä ja analysointi | 18 |
| 6 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 19 |
| 6.1 | Taustamuuttujat..... | 20 |
| 6.2 | Lääkehoitosuunnitelma | 23 |
| 6.3 | Lääkepoikkeamat | 26 |
| 6.4 | Kehittämisehdotuksia..... | 36 |
| 6.4.1 | Ehdotuksia lääkehoitoon | 36 |
| 6.4.2 | Ehdotuksia lääkepoikkeamien ennaltaehkäisyyn | 36 |
| 6.4.3 | Ehdotuksia koulutuksiin | 37 |
| 7 | LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS | 38 |
| 8 | JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 40 |
| | LÄHTEET..... | 42 |
| | LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut valtakunnallisen ”Turvallisen lääkehoidon oppaan” (2006:3). Oppaan tavoitteena on kaikkien hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen varmistaminen sekä yhtenäisten lupakäytäntöjen ja vastuualueiden määrittäminen. Sen mukaan kaikkien yksiköiden, joissa lääkehoitoa toteutetaan, tulee noudattaa turvallisen lääkehoidon periaatteita. Käytännössä tämä tarkoittaa kykyä huomioida lääkehoidon toteuttamisen vastuunjako, toimia oppaan asettamien vähimmäisvaatimusten mukaisesti ja laatia omalle yksikölle lääkehoitosuunnitelma, jossa huomioidaan nämä edellä mainitut tekijät.

Lääkehoitopoikkeamatilanteita esiintyy monenlaisissa tilanteissa. Vakavat lääkityspoikkeamat vaativat usein useamman poikkeaman ketjun, jolloin poikkeamia saattaa olla 1-3 tai enemmän poikkeamatyyppejä peräkkäin. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen ym. 2009) ilmeni, että kaiken kaikkiaan 1/3 lääkityspoikkeamissa oli enemmän kuin yksi lääkepoikkeamatyyppi havaittavissa. Väärä toimintatapa on lääkepoikkeamaluokituksen tapahtumatyypeistä eniten poikkeamia aiheuttava, ja sitä ilmeneekin Suomessa yleisimmin 40 %:ssa lääkepoikkeamista. Lisäksi lääkepoikkeamaluokitukseen yleisiksi tapahtumatyypeiksi luokitellaan lääkkeen väärä annostus, 31 % lääkepoikkeamista; väärä lääke, 28 % lääkepoikkeamista; väärä diagnoosi, 15 % lääkepoikkeamista; sekä yhä yleisemmäksi ilmennyt väärä potilas, 13 % lääkepoikkeamista. (Linden-Lahti ym. 2009.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään Invalidiliiton Turussa sijaitsevien yksityisten palvelutalojen lääkehoidon toteutukseen hoitohenkilökunnan kokemusten perusteella. Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella olemassa olevia käytäntöjä ja etsiä mahdollisia kehittämissuhteita aihealueeseen liittyen.

Turun Validia-palvelujen lääkehoidosta ei ole aiemmin tehty varsinaisia tutkimuksia, joten aihe on hyvin ajankohtainen, jotta lääkehoitoa voidaan kehittää parhaaseen mahdolliseen suuntaan tulevaisuudessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää hoitotyön laatua asiakkaan lääkehoidon toteutuksen alueella Invalidiliiton Turun palvelutaloissa. Tavoitteena tässä opinnäytetyössä on:

1. Perehtyä asiakkaan turvalliseen lääkehoidon toteutukseen teorian ja Suomen sosiaali- ja terveysministeriön antaman ohjeistuksen avulla.
2. Kartoittaa henkilöstön näkemyksiä ja kokemuksia lääkehoidon nykyisestä toteutuksesta osana hoitotyötä Invalidiliiton Turun palvelutaloissa.
3. Etsiä mahdollisia kehittämistarpeita ja varmistaa osaltaan asiakkaan lääkitysturvallisuuden toteutuminen.

Keskeisinä käsitteinä tässä opinnäytetyössä ovat: hoitotyö, lääkehoito, lääkitysturvallisuus.

3 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Hoitotyö

3.1.1 Hoitotyön määrittelyä

Hoitotyö juontaa juurensa englanninkielisestä sanasta nursing practice. Hoitotyö perustuu kokonaisuutena hoitotieteeseen, joka kattaa potilaan terveyttä kohtaan toteutettavaa kokonaisvaltaista terveydestä huolehtimista. Hoitotyössä pyritään huolehtimaan, että jokainen ihminen saa tarvitsemansa tuen, avun sekä tilanteenmukaisen ohjauksen. Tällä pyritään varmistamaan se, että jokainen ihminen pystyisi huolehtimaan omasta terveydestään itsenäisesti ja edistämään sitä, sekä lisäksi tuetaan ihmisiä eri elämänvaiheissa ilmenevien sairauksien, sekä niistä aiheutuvien elämää mullistavien rajoitusten kanssa pärjäämisessä. Varsinaista hoitotyötä tekee ammatillisen

koulutuksen, kokemuksen ja käytännön, sekä tutkitun tiedon, kautta osaamisensa saanut hoitohenkilöstö. (Terveyskirjaston www-sivut.)

Hoitotiede määrittelee hoitotyön terveysalan ammattilaisten antamaksi hoidoksi. Hoitotyötä toteutettaessa käytetään erilaisia toimintoja ja väliintuloja eli interventioita. Nämä taas perustuvat ammattilaisten kokemuksiin, hyväksi koettuihin käytäntöihin ja eritoten tutkittuun tietoon. Käsiteltäessä aihetta hoitotyö, joka perustuu näyttöön, voidaan todentaa se tutkimuksellisen tiedon hankkimisen, tiedon kriittisen, järjestelmällisen ja harkitun käytön kautta. (Eriksson, Isola, & Kyngäs ym. 2012, 32, 41.)

Kun ihminen tulee kykenemättömäksi itsensä, tai muiden ihmisten huolehtimisesta, sekä/tai kykenemättömäksi toimimaan rooleissa, jotka vaativat sosiaalista taitoa, on hoitotyö silloin hänen kohdallaan tarpeen. Hoitotyö määritellään kyvyksi tunnistaa potilaan ongelmia, valita erilaisia tapoja toimia, sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida vaadittavaa hoitoa. Terveydentarve, sen ongelma tai terveydenpuute, sekä mahdollisesti muutos tai stressitila ihmisen ympäristössä, voi olla perusteena ihmisen hoidon tarpeelle. Kärsimysten lievittämistä, elämän- ja terveyden palvelemista, voidaan pitää perimmäisenä tehtävänä hoitamiselle, mikäli kärsimystä ja terveyttä ajatellaan kokonaisuutena. Tavoitteenahan hoitotyössä on saada ihminen terveeksi, tai edistää tai säilyttää terveydentila. Myös lisäämällä hyvää oloa, vähentämällä kärsimyksiä ja oireita, sekä ehkäisemällä sairauksia, tehdään tavoitteellista hoitotyötä. Pyrkimyksenä koko hoitotyössä kokonaisuutena, on elämä, joka olisi ihmiselle paras mahdollinen. (Eriksson ym. 2012, 74–76.)

Hoitotyötä ohjaa toimintaperiaate, joka linjaa hoitotyön kokonaisuutta. Tähän toimintaperiaatteeseen tulee hoitotyön opetuksen, käytännön työn, tutkimisen sekä johtamisen toteutuksen pyrkiä kaikilla osa-alueilla. Se toimii välineenä, jota avuksi käyttäen kaikki hoitotyön osa-alueet tulee kirjata potilaskertomukseen. Hoitotyön ammattilaisen tulee hyödyntää työssään potilaansa kokemukseen sekä omaan kokemukseen perustuvaa tietoa. Tämän lisäksi tulee hyödyntää tieteellistä, tutkittua tietoa. Hoitotyötä toteuttavalla ammattilaisella on työstään ja toiminnastaan oma vastuu, jota tämän tulee jatkuvasti kehittää ajan tasalle, jotta tällä on työssään aina viimeisin tieto. (Sarajärvi, Mattila & Rekola. 2011, 20; 66.)

3.1.2 Hoitotyön prosessi

Jotta hoitotyössä saataisiin haluttu tulos, käytetään avuksi tapahtumasarjaa, joka jaetaan hoidon eri vaiheisiin ja sen merkitys on antaa hoitotyölle tietynlaisen suunnan, jota edetä. Jotta valittaisiin oikeat vaiheet ja niille oikeat toiminnot, eikä prosessia tarvitsisi pahimmillaan keskeyttää, tulee tehdä oikeanlaisia päätöksiä jo hoidon tarpeen määrittämisessä. Hoitotyön prosessin kirjauksien tarkoitus on olla aina potilaan näkökulmasta. Tapahtumasarja alkaa aina hoidon tarpeen määrittämisellä, hoidon tavoitteiden selvittämisellä, ja hoidon suunnittelulla. Tarpeiden asettelussa tulee hoitajan selvittää millaisia tarpeita tai ongelmia potilaan hoito edellyttää. Kun nämä ovat tiedossa, asetetaan ne vielä tärkeysjärjestykseen ja niitä tulee täydentää potilaan hoitojakson ajan. Tavoitteiden asettelussa selvitetään aina potilaan omat odotukset hoidon suhteen ja millainen hänen tilansa odotetaan olevan hoidon hoitojakson loppuvaiheessa. Niin kuin tarpeet, myös tavoitteet tulee aina asettaa niin, että tärkein tavoite aina ensimmäisenä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen.2012, 45–47.)

Hoitotyön suunnitteluvaiheessa hoitaja selvittää millaisia hoitotyön toimintoja ja auttamismenetelmiä hoidon tavoitteiden saavuttaminen edellyttää. On huomioitava myös potilaan kokemus siitä, miten tämä haluaa, että hoitoa toteutettaessa toimitaan. Suunnitteluvaiheessa on myös huomioitava hoitotyön suositusten antamat ohjeet. Kun nämä vaiheet on kirjattu, päästään varsinaiseen hoidon toteutukseen, jonka tulee aina tukea jatkumona hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittämisestä. Toteutusvaiheessa käytetään suunnitteluvaiheen hoitotyön toimintoja päämääränä tavoitteiden saavutus. Hoitotyön toteutusvaiheessa potilaan vointia selvitetään vielä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin. (Rautava-Nurmi ym.2012, 47.)

Hoitotyön prosessin viimeinen vaihe on päivittäin kirjattava ja hoitosuhteen päättyessä tehtävä hoidon arviointi, jossa arvioidaan ovatko tarpeet tulleet hoidon toteutuksen myötä täyttyneiksi ja millaiseksi potilas koki hoidon ja selvitetään mahdollisesti ilmenneet uudet tarpeet ja potilaan voimavarat. Hoitajien tulee kuitenkin muistaa, että potilaan hoitotyötä ja tavoitteiden saavuttamista tulee arvioida koko hoitotyön prosessin ajan. Hoitojakson päättyessä jokaiselle potilaalle tehdään hoitotyön yhteenve-

to, jonka tarkoitus on nidoa yhteen hoidon alkuvaihe, toteutusvaihe ja loppumisvaihe sekä mahdolliset jatkohoitotarpeet lyhyesti. (Rautava-Nurmi ym.2012, 47.)

3.2 Lääkehoito

Lääkkeen määrittelyssä korostuu lääkkeen kyky lievittää asiakkaan oireita ja siten kohentaa hänen elämänlaatuaan. Myös lääkkeen ennaltaehkäisyä ja kykyä hoitaa erilaisia sairauksia korostetaan. Samoin tärkeänä nähdään lääkkeen kyky korvata elimistöstä puuttuvia oleellisia aineita ja jopa niiden tukea tai auttaa tutkimusten onnistumista ja sairauksien selvittämistä. (Tokola 2010,17; STM 2006:3.)

Varsinainen lääkehoito pitää sisällään lääkkeiden oikeaoppisen käsittelyn, säilytyksen, sekä työturvallisuuden. Tämän lisäksi lääkehoito kattaa vaiheet lääkkeen määrittämisestä ja toimittamisesta lääkehoidon toteuttamiseen, vaikutusten seuraamiseen sekä asianmukaiseen kirjaamiseen ja dokumentointiin. Lääkehoitoon sisältyy myös hoitajien ammattitietous lääkkeiden eri muodoista, antotavoista sekä lääkkeiden jaosta. Ammatillisen koulutuksen lisäksi useimmissa terveysalan toimipisteissä suoritetaan erillinen LOVE-koulutus. (Tokola, 2010.)

Lääkehoidon merkitys hoitotyössä on tärkeä siinä missä muidenkin hoitotyön oleellisten osa-alueiden. Tämän lisäksi sen merkitys lääketieteelle on merkittävä, sillä sen kehitys edesauttaa hoitotyön toteutusta ja sen kehittämistä. Lääkehoidon toteutukseen osallistuu eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia yhteistyössä potilaan kanssa. Laki määrittelee lääkehoitoa monialaisesti terveydenhuollossa. Se voidaan määritellä sairautta hoitavaksi, sitä ehkäiseväksi tai lievittämään eriasteisia oireita riippuen sairaudesta tai sen asteesta, olipa potilas terveydenhuollon tai sosiaalihuollon asiakas. Lääkehoitoa toteutetaan joko spontaanisti tilanteen vaatiessa tai suunnitelmallisesti sairauden edetessä. (Veräjänkorva, 2006. 16.; STM.2006; Rautava-Nurmi. 2012. 124.)

Ohjaukset ja määräykset lääkehoidossa tulevat aina lääkäriltä. Jotta ymmärrettäisiin lääkemääräys oikein, tulee hoitoa toteuttavan aina varmistaa lääkäriltä, että lääke on siinä muodossa, jota hoito edellyttää, ja toimii sen mukaisesti, että potilas saa lääkkeen oikein. Lääkkeen valmistelu käyttökuuntoon tulee aina kirjata ja dokumentoida

oikeaoppisesti, jotta se tehdään annettujen ohjeiden mukaisesti. Lääkehoitoa määrittelevät lait ja määräykset, ja se koskee myös kotona toteutettavaa lääkehoitoa.

(STM. 2006:37.)

Lääkehoitoa voi toteuttaa varsinaisten lääkehoidon ammattilaisten lisäksi ilman tarvittavaa koulutusta olevia henkilöitä, sillä edellytyksellä, että heidät lisäkoulutetaan tiettyjen lääkehoitoon vaadittavien tietojen ja taitojen hallintaan ja toteutuksen osamiseen. Tämä todennetaan kirjallisen luvan muodossa. Jotta lääkehoito olisi laadullista ja asianmukaista, tulee sen vaikuttavuutta seurata ja arvioida jatkuvasti. Lääkityksen mahdollisesti aiheuttamia sivuvaikutuksia tulee seurata ja havainnoida koko lääkehoidon jakson ajan, ja jos niitä havainnoi, tulee niistä ilmoittaa lääkärille. Jos potilas toteuttaa itsenäisesti lääkehoitoaan, tulee tälle ohjata ja neuvoa lääkehoidon toteutus sekä mahdollisten haittavaikutusten havainnointitavat ja miten tulee toimia sellaisen havaittuaan. Tässä korostuu yhteistyö potilaan, potilasta hoitavan lääkärin sekä muun mahdollisen hoitohenkilökunnan välillä. Jotta hoitoa voidaan toteuttaa asianmukaisesti, tulee kaikki lääkehoitoon liittyvät asiat kirjata tarkasti ja ajanmukaisesti. Lääkkeen antama myönteinen vaikutus pidemmällä tähtäimellä on edellytys hoidon toteutuksen jatkumiselle. (STM. 2006:37.)

Lääkehoidon toteuttamisen ja aloittamisen ratkaisevat potilaan mahdolliset sairaudet sekä yleinen terveydentila. Lisäksi jo olemassa olevat allergiat sekä käytössä oleva lääkitys vaikuttavat siihen, miten lääkäri arvioi uuden lääkehoidon tarpeen. Sähköisen lääkehoitoon perustuva tukiohjelma, on avuksi lääkehoitoa suunniteltaessa, sillä niitä voi yhdistää muihin potilastietoihin ja hyödyntää hoitosuosituksia tehdessä sekä lääkkeitä valittaessa. Lääkehoidon aloituksen perustana on aina potilaan tilanteenmukainen hoidontarve. Potilaan tulee aina saada ajanmukaista informaatiota terveydenhoitoonsa sekä lääkehoitoonsa liittyen lain edellyttämällä tavalla lääkäriltään.

(STM. 2006:36.)

3.2.1 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on yksilöllinen ja paikkakohtainen kaikilla lääkehoitoa toteuttavilla yksiköillä ja se pohjautuu valtakunnalliseen lääkehoitosuunnitelmaan.

Suunnitelman tavoitteena on terveystalveluiden ja potilasturvallisuuden laadun parantaminen. Lääkehoitoa toteuttavan yksikön toimintaperiaate ja luonne määrittävät sen, millainen lääkehoitosuunnitelma mihinkin yksikköön soveltuu. Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään mm. lääkehoidon sisältö ja tarpeet, kuvataan henkilökuntarakenne, henkilökunnan tehtävät sekä lääkehoidon vaiheet kyseisessä yksikössä. (Veräjänkorva, O. 2006. 30.; sairaanhoitajaliiton www-sivut. 2014.; Valviran www-sivut. 2014.)

Jotta lääkehoidon toteutus olisi päivittäin turvallista, on jokaisen lääkehoitoa toteuttavan yksikön laadittava lääkehoitosuunnitelma, joka jokaisen lääkehoitoa toteuttavan ammattilaisen tulisi säännöllisin aikavälein lukea ja osana sitä säännöllisin aikavälein näyttää osaamisensa. Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu suurena osana lääkepoikkeamien valvonta. Kokonaisvaltaiseen lääkehoitoprosessiin osallistuu lukuisia eri sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmien edustajia. Tämä eri ammattiryhmien edustajista koottu tiimi laatii suunnitelman lääkehoidosta yhdessä. Lääkehoitosuunnitelma tulee tarkistaa säännöllisin aikavälein, vähintään kerran vuodessa. Taulukossa 1 (STM:n turvallisen lääkehoito-oppaan taulukko 4) esitetään lääkehoitosuunnitelman osa-alueet. (apteekkariliiton www-sivut. 2014; Valvira. 2014; STM. 2006.)

Taulukko 1. Lääkehoitosuunnitelma

LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA:

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
4. Lupakäytännöt
5. Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saataminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
7. Potilaiden informointi ja neuvonta
8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
9. Dokumentointi ja tiedonkulku
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

3.2.2 Annosjakelu

Tällä hetkellä lääkehoidon teknisen toteutuksen tueksi on kehitetty koneellinen annosjakelu. Sen katsotaan olevan kustannustehokas tapa toteuttaa lääkehoitoa ja lisäksi sen avulla saadaan vähennetyksi lääkitysvirheitä. (STM 2006:3; sairaanhoitajaliitto. 2014).

Koneellisella annosjakelulla tarkoitetaan apteekkeissa toteutettavaa annosjakelupalvelua, jossa lääkkeet jaetaan annospusseihin. Annospussien lisäksi asiakas saa apteekista lääkityskortin, josta löytyy ajan tasalla oleva listaus käytössä olevista lääkkeistä ja itsehoitovalmisteista sekä niiden annostukset. Apteekin antamaan palveluun kuuluu myös tarkistaa asiakkaan kokonaislääkitys. Tällä pystytään varmistamaan, ettei asiakkaalla ole käytössä tarpeettomaksi käyneitä tai päällekkäisiä lääkkeitä, sekä varmistetaan, sopivatko käytössä olevat lääkkeet samanaikaisesti käytettäväksi tai yli-päättään säilytettäväksi samanaikaisissa pusseissa. Asiakkaan lääkityksestä määräävän lääkärin tulee tehdä yhteistyötä apteekin kanssa, ja tarvittaessa tehdä lääkemuutoksia, jos tarkistuksissa on ilmennyt lääkehoidon kannalta oleellisia muutoksia vaativia tilanteita. Apteekkien antama annosjakelupalvelu sopii hyvin erityisesti palvelusekä hoivayksiköille sekä kotisairaanhoidon asiakkaille, joiden lääkehoito on laajaa sekä pitkäaikainen, eikä lääkehoidon annostelussa tapahdu usein muutoksia. (PharmaService Oy. 2014; Yliopiston apteekki. 2014.)

Kun yksiköillä on paljon lääkehoitoa tarvitsevia asiakkaita/potilaita, ja avuntarve lääkkeen annostelussa ym. on jatkuvaa, tulee koneellinen annosjakelu sopivaksi ja ajankohtaiseksi. Helpottaakseen lääkehoidon seurantaa ja onnistumista, on koneellinen annosjakelu siinäkin hyvä vaihtoehto. Koska lääkkeet jaetaan kahdeksi viikoksi tai joskus myös useammaksi annosjakelun yksittäisiin kerta-annospusseihin, jää aikaa varsinaiseen hoitotyöhön enemmän. (Pharmac www-sivut 2014.)

3.3 Lääkitysturvallisuus

Yksi tärkeimpiä kehittämisen kohteita potilasturvallisuudessa ja hoidon laadussa 2000-luvulla on juuri lääkitysturvallisuus. Tämä tarkoittaa kaikkia lääkehoidon vai-

heita, joissa voi sattua potilaan vahingoittuminen. Lääkehoidon turvallisuutta varmistetaan yksiköiden lääkehoitosuunnitelmissa ilmenevissä periaatteissa ja lääkehoidon toiminnoissa, joiden tarkoituksena on huolehtia, ettei potilas vahingoitu tai lääkehoidon turvallisuus joudu uhatuksi. (Ahonen 2013. 68.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa turvallisen lääkehoidon toteuttamisen op-
paassa määritellään seuraavaa lääkitysturvallisuudesta ja vaaratapahtumien ennalta-
ehkäisystä: ”Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmu-
kainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveyden-
huollon asiakkaan saaman palvelun laatua”. (THL:n www-sivut, 2014.)

Lääkitysturvallisuus tulee englanninkielen sanasta Medication safety. Tämä tarkoittaa kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla voidaan taata turvallinen lääkehoito ja vaikuttaa siihen, ettei haittatapahtumia pääse sattumaan missään hoidon vaiheessa paikasta riippumatta. Jokaisella yksiköllä, joka toteuttaa lääkehoitoa on tämä huomioiden ol-
tava oma lääkehoitosuunnitelma, jossa nämä asiat on otettu huomioon. Pääperiaate on potilaan turvallisuus ja suojaaminen haittatapahtumilta. (Stakes. 2006. 10.)

3.3.1 Lääkitysvirhe

Yksittäinen virhe lääkityksessä tai yleisesti siedetty lääke ei välttämättä aina aiheuta potilaalle vaaraa. Lääkitysvirhe voi tarkoittaa tahattomasti aiheutunutta virhettä lääkkeen määräämisessä, annostelussa, jakelussa, tai käsittelyssä. Se voi myös olla mikä tahansa virheellinen poikkeama lääkehoidossa. (Fimean www-sivut. 2013.)

Fimean verkkolehdestä julkaistaan tasaisin aikavälein lääkehoitoon ja – huoltoon liittyvää ajankohtaista tietoa. Fimean verkkolehdestä, nro 3/2013:ssa Fimean ylilääkäri, terveydenhuollon erikoislääkäri Katja Ivanitskiyn julkaisemassa artikkelissa kerrotaan siitä, miten vakavia seurauksia lääkitysvirheistä saattaa ilmetä. Ne ovat yleensä estettävissä, kun tiedetään miten toimia ja millaisilla toimenpiteillä. Se, että asioista keskustellaan ja ilmoitetaan ajoissa mahdollisista lääkitykseen liittyvistä virhetilanteista, sekä se, että tällaiset tilanteet otetaan vakavasti ja niitä halutaan muut-

taa, auttavat lääkehoidon kehittämisessä ja vastaavien tilanteiden ennaltaehkäisyssä. (Fimea Sic-verkkolehti. 2013.)

Lääkitysvirhe on maailmanlaajuinen ongelma. Lääkitysvirheistä johtuvia kuolemia on ilmoitettu paljon maailmalla. Lapsilla on suurempi riski joutua hengenvaaraan lääkitysvirhetilanteissa. Aina nämä lääkevirhetilanteet eivät kuitenkaan ole sellaisia, että ne aiheuttaisivat potilaalle varsinaista vaaratilannetta, varsinkin jos käytetty lääke on hyvin tiedostetusti siedetty. Lisäksi, jos ei ole aiempaa tietoa lääkkeen aiheuttamista vaaroista tai lääkitysvirhe on ollut yksittäistapaus, ei siitä välttämättä aiheudu vaaraa potilaalle. Silti näistä tilanteista tulee aina informoida eteenpäin, jotta pystytään havaitsemaan ajoissa mahdolliset vaarat sekä puuttumaan niihin ajoissa. Pienikin poikkeama lääkkeen annostelussa saattaa aiheuttaa vakavia tilanteita, jos lääkkeellä on kapea terapeutinen leveys, eli pienimmän ja suurimman annoksen välinen ero on vähäinen. (Fimea Sic. 2013.)

Lääkitysvirheitä sattuu jatkuvasti. Erityisesti tiettyjen lääkeaineryhmien keskuudessa on havaittu vakavia haittoja lääkitysvirheiden toteutuksessa. Näitä ovat mm. antibiootit, insuliini, opioidit, varfariini, sekä hepariini ja bentsodiatsepiinit. Lääkkeiden nimien ja pakkausten tulisi olla sellaisia, että ne on helppo tunnistaa ja erottaa muista valmisteista. Tunnistamisen helpottamiseksi lääkepakkausten pitäisi olla helposti erotettavissa toisistaan. Tämän lisäksi lääkkeiden nimien pitäisi olla helposti erotettavissa toisistaan. Lääkkeiden annostelussa tulisi huomioida erityisesti se, että ohjeiden pitää olla ajantasalla ja niin selkeät, että niitä on helppo noudattaa, sekä että potilastietokannat ovat myös helppolukuisia ja lääkelistat ajantasalla, sekä mahdollisten lääkemuutosten teko hoitohenkilökunnan nähtävissä. Jokaisella lääkehoitoa toteuttavalla yksiköllä tai organisaatiolla tulee olla oma tapansa ilmoittaa haittatapahtumista. Sen käyttöä tulee ohjeistaa henkilökunnalle. Jos kuitenkin ilmenee jokin erityistä uhkaa aiheuttava vaaratilanne lääkehoidossa, tulee siitä ilmoittaa myös viranomaisille. Ajoittain EU-tasolla tarkastellaan eri maissa sattuneita lääkitysvirheitä, jonka avulla pyritään puuttumaan lääkitysvirheisiin johtaneisiin tilanteisiin ja tekijöihin, kuten lääkkeiden yleisiin ohjeistuksiin. (Fimea Sic. 2013.)

3.3.2 Lääkityspoikkeama

Lääkehoitoon voi liittyä vaiheita, joissa saattaa sattua haittatapahtuma. Tätä kutsutaan lääkehoidon poikkeamaksi. Yleisimmin nämä tilanteet ovat sellaisia, jotka pysyttäisiin välttämään huolellisella toiminnalla. Lääkehoitopoikkeamia tapahtuu erehdyksen, vahinkojen sekä läheltä piti-tilanteiden osalta useimmin kuin muissa hoitotilanteissa. (STM 2006:3.)

Lääkehoidossa käytetään helposti sanaa virhe, jos potilaalle on aiheutettu tilanne, josta on vaaraa hänen terveydelleen. Virhe-sanan tilalle olisi suositeltavaa käyttää sanaa poikkeama. Hoidon yhteydessä tehty poikkeama lääkehoidossa, on mahdollista ajatella poikkeamiseksi normaalista, tai ettei olla oltu tarpeeksi tarkkoja hoitotöitä tehtäessä. Virhe-sanan käyttäminen poikkeama-sanan tilalla, on negatiivisävytteinen ja tavallaan asiaa supistava. Luokitusta lääkehoidon poikkeamassa on mahdollista tehdä sen perusteella, mitkä ovat seuraukset ja syyt. (Veräjänkorva, O. 2006. 99.)

Lääkehoidon toteuttamista seurataan säännöllisesti lääkehoitosuunnitelmassa. Keskeinen osa suunnitelmaa on, että poikkeamista ilmoitetaan säännöllisesti. (Veräjänkorva, 2006. 30).

Lääkitysvirhetilanteista tulee aina kirjoittaa lääkepoikkeamalomake. Tämä lomake vaihtelee yksiköittäin. Poikkeama lääkehoidossa voi johtua potilaasta. Tällöin useimmiten tilanne voi olla, että potilas on ottanut lääkkeensä väärässä muodossa, liian suuren tai pienen annoksen, tai potilas on ottanut lääkkeensä väärään aikaan. Riippuen tilanteesta, lääkepoikkeama voi johtua myös ohjeistuksesta tai siitä, miten potilasta on neuvottu lääkehoitoa toteuttamaan. Lisäksi potilaan tiedon vastaanottamiskyky vaikuttaa mahdollisten lääkitysvirheiden syntyyn ja täten lääkepoikkeamien ilmenemiseen. Potilaan tulee aina ilmoittaa lääkärille mahdollisista käsikauppalääkeistä, jotta lääkäri saa tiedon mahdollisista lääkkeiden yhteisvaikutuksista. (STM. 2006:41.)

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Sipola-Kauppi (2008) selvitti Pro Gradussaan lääkepoikkeamien syntymistä ja ehkäisyä. Kyseisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien näkökulmasta kokemuksia asioista, jotka johtivat lääkepoikkeamien esiintyvyyteen ja miten ne vaikuttivat hoitajien toimintaan, sekä millaisia tuntemuksia lääkepoikkeamien ilmeneminen toi hoitajissa esille. Kohderyhmänä oli erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimustulosten mukaan lääkityspoikkeamien syyt liittyivät eriasteisiin lääkäreihin, hoitajiin, potilaisiin, opiskelijoihin sekä lääkkeisiin. Myös resurssit ja erilaiset tilanteet olivat lääkityspoikkeamia aiheuttavia tekijöitä. (Sipola-Kauppi. 2009. 2.)

Brady, Malone sekä Fleming (2009) toteuttivat kirjallisen katsauksen yksilöllisistä ja järjestelmällisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat lääkitysvirheiden esiintymiseen hoitotyössä. Aikaväli, jolta he tietoa aiheesta etsivät, kattoi vuodet 1988–2007. Tutkimuksen tuloksina selvisi, että lääkitysvirheet hoitotyön osana olivat monen tekijän tulos, ja sisälsivät sekä yksittäisiä että yleisiä tekijöitä. Näitä olivat esimerkiksi lääkitysten yhteensovittaminen, lääkkeiden jakelukäytännöt, reseptien laadut, lääkepoikkeamat, mukaan lukien häiriötekijöiden ilmeneminen annostelun aikana, hoitajien työtaakka ja lääketuntemuksen taso. Tutkimuksessa ilmeni, miten ehdotonta on, että lääkehoitoa toteuttavien yksiköiden johtajat huolehtivat lääkehoidon raportoinnin mekanismien toimivuudesta, sekä lääkehoidon toteuttamisesta kansainvälisellä ja kansallisella tasolla huomioiden lääkehoidon arvioinnin ja tarkastuksen toimintatavat paikallisen tason mukaisesti.

Tiihosen (2013) tutkimus käsitteli lääkkeenjaon keskittämistä ja hoitajien kokemuksia. Kyselyyn vastasi 31 hoitajaa. Tiihonen käytti sähköistä rekisteriä, jonne kaikki vuosilta 2008–2012 ilmenneet ja tehdyt lääkepoikkeamat siirtyvät. Tutkija löysi 1855 kirjattua lääkepoikkeamailmoitusta.

Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö (2009) käsitteli Lääkärilehden artikkelissa lääkepoikkeamia. Tutkimusaineistona tutkija käytti sosiaali- ja terveystieteen

lupa- ja valvontavirasto Valviran n. 60 lääkityspoikkeamaa. Tutkimustuloksena ilmeni, että potilaan korkealla iällä ja monilääkityksellä on selkeä yhteys ja altistus useimmin ilmenneisiin vakaviin lääkityspoikkeamiin. Suurin osa lääkityspoikkeamista johtui hoitohenkilökunnan toiminnasta. Lääkityspoikkeamia tapahtui useissa tapauksista prosessiluonteisesti eli niihin liittyi useita työntekijöitä ja /tai poikkeamati-lanteita. (Linden-Lahti. 2009.)

5 KOHDEJOUKKO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

5.1 Yhteistyötaho

Tämän opinnäytetyön yhteistyötahona toimii Invalidiliiton Turun 3 palvelutaloa: Turun Validia-talo, Vasaramäen Validia-asunnot sekä Hirvensalon Validia-talo. Tämä opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Invalidiliiton alaisena toimivien Turussa sijaitsevien kolmen palvelutalon henkilökunnan kanssa.

5.1.1 Invalidiliitto

Invalidiliitto on fyysisesti vammaisten ihmisten valtakunnallinen vaikuttamisen ja palvelutoiminnan monialajärjestö. Invalidiliitossa on 31 000 henkilöjäsentä, 155 jäsenyhdistystä, 2400 työntekijää ympäri Suomea. Invalidiliiton tytäryhtiöitä löytyy ympäri Suomea n. reilut 20. Invalidiliiton Asumispalvelut Oy kehittää ja tuottaa vammaisten ihmisten tarvitsemia asumispalveluja ja asumisen tukipalveluja, joita ei ole riittävästi tarjolla tai muutoin tarkoituksenmukaisesti järjestetty. Invalidiliiton Asumispalvelut Oy on osa Invalidiliitto-konsernia ja on omalla osaa-mis- ja toiminta-alueellaan laadukas palvelujen tuottaja. Osakeyhtiö toteuttaa toimin-nassaan liiton arvopohjaa: ihmisarvo, luotettavuus, rohkeus ja oikeudenmukaisuus. Validia-asumispalveluja tarjotaan tosiaan yli 20 paikkakunnalla ympäri Suomen. Asiakkaaksi on mahdollisuus hakeutua mistä tahansa Suomen kunnasta. Valtaosa asiakkaista on yksikköjen lähialueilta. (Invalidiliiton www-sivut. 2014.)

5.1.2 Turun Validia-talo, Vasaramäen asumispalvelut sekä Hirvensalon Validia-talo

Turun Validia-talo on v. 1982 Vasaramäen kaupunginosaan valmistunut Invalidiliiton ensimmäinen Turkuun perustettu tytäryhtiö, joka tuottaa ympärivuorokautista asumispalvelua, asumisvalmennusta, määrääkaikaista asumispalvelua vaikeavammaisille aikuisille, sekä päiväsaikaan arkisin päivätoimintaa vaikeavammaisille aikuisille ja nuorille. Lisäksi yksiköstä löytyy erikseen lasten- ja nuorten yksikkö, joka tarjoaa vastaavia palveluja, kuin aikuisten yksikön puoli. Asuntoja Turun Validia-talosta löytyy 65, joista suurin osa yksiöitä ja pieni osa kaksioita. Vasaramäen asumispalvelut on v. 2011 valmistunut Invalidiliiton tytäryhtiö. Asuntoja Vasaramäen asumispalveluista löytyy 17 ja näistä suurin osa on yksiöitä, mutta löytyy myös kaksioita sekä yksi kolmio. Vasaramäen asumispalveluiden toimintaperiaate, niin kuin Turun Validia-talon sekä Hirvensalon Validia-talon, on toteuttaa Invalidiliiton arvopohjaa. Hirvensalon Validia-talo on syksyllä 2013 valmistunut kognitiiviseen tukeen erikoistunut, 20 asunnon, Invalidiliiton alainen tytäryhtiö. Kaiken kaikkiaan Turussa sijaitsevilla yksiköissä tarjotaan asumispalveluja n. 102 vaikeavammaiselle aikuiselle sekä tämän lisäksi lasten ja nuorten yksikkö tarjoaa iltapäivätoimintaa ja tilapäistä asumispalvelua ja sijaishuoltoa vaihtelevalla määrällä lapsia ja nuoria. Kaikissa Turussa sijaitsevilla Invalidiliiton tytäryhtiöissä työskentelee eri ammattialojen edustajia, mm. lähihoitajia, sairaanhoitajia, sekä sosiaaliohjaaja ym. (Turun Validia-palvelut www-sivut 2014.)

Kohdejoukkona tässä opinnäytetyössä toimii Invalidiliiton kolme palvelutaloa Turussa ja niissä toimiva henkilöstö. Otokoko on 70 henkilöä, joka koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista sekä perushoitajista, sekä muista lääkehoitoa edellä mainituissa yksiköissä toteuttavista henkilökunnan jäsenistä. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohdejoukko pitää sisällään lääkehoitoa toteuttavia hoitoalan ammattihenkilöitä 3:ssa eri Invalidiliiton alaisessa yksikössä Turussa.

5.2 Tutkimusmenetelmä ja analysointi

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivis-kvalitatiivista kyselylomaketta, joka koostuu erilaisista väittämistä, joihin vastaajat ottavat kantaa.

Lomake sisältää myös muutamia avoimia kysymyksiä, joiden avulla selvitetään kehittämisehdotuksia.

Kvantitatiivinen tutkimus määritellään tunnetummin määrälliseksi tutkimukseksi. Tarkoituksena kvantitatiivisella tutkimuksella on tulkita ja tuoda esille numeroin ja prosentein, sekä tilastojen avulla tieteellisen tutkimuksen tuloksia. (Jyväskylän yliopiston www-sivut.2015.)

Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monen suuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkija ei voi myöskään sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. Objektiivisuuttakaan ei ole mahdollista saavuttaa perinteisessä mielessä, sillä tietäjä (tutkija) ja se, mitä tiedetään, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. Voimme saada tulokseksi vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Yleisesti todetaan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (toisuus)väittämiä. (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 160.)

Tutkimus analysoidaan (kvantitatiivinen) Excel ja Tixel-menetelmiä apuna käyttäen ja tulokset havainnoidaan prosentteina, frekvensseinä sekä erilaisina kuvioina. Kvalitatiivinen analyysi toteutetaan sisällön erittelyn avulla.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeet (70) toimitettiin yksiköihin syyskuun 2014 alussa, ja vastausaikaa varattiin 3 viikkoa. Kyselyyn vastasi kaikkeaan 30 hoitotyöntekijää, joten vastausprosentiksi muodostui 43.

6.1 Taustamuuttujat

Taustamuuttujissa selvitettiin vastaajien ammatillista koulutusta, työkokemusta hoitotyöstä yleisesti, työyksikköä, jossa työskenteli, työkokemusta Invalidiliiton yksiköissä, työkokemusta omassa yksikössä, toteuttiko vastaaja lääkehoitoa kuinka usein, sekä toteutuiko vastaajan työyksikössä lääkkeiden annosjakelu.

Ammatillinen koulutus

Kyselyyn vastanneista 17 (57 %) oli lähihoitajia, neljä (38 %) sairaanhoitajia ja kahdeksan (13 %) muun koulutuksen saaneita. Yksi kyselylomakkeen täyttäneistä ei vastannut tähän kysymykseen. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Ammatillinen koulutus

| <i>Vaihtoehdot: Frekvenssi Kumulatiivinen %</i> | | |
|---|-----------|--------------|
| ei vastausta | 1 | 3 % |
| a. lähihoitaja/ perushoitaja | 17 | 57 % |
| b. sairaanhoitaja | 4 | 13 % |
| c. muu | 8 | 27 % |
| | 30 | 100 % |

Kokemus hoitotyöstä

Vastaajista alle vuoden työkokemuksen omasi yksi (3 %), 1-5 vuotta 12 (40 %), 6-10 vuotta seitsemän (23 %), 11–15 vuotta neljä (13 %) ja 16–20 vuotta yksi vastaaja (3 %). Yli 20 vuoden työkokemus oli viidellä vastaajista (17 %). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kokemus hoitotyöstä

| <i>Vaihtoehdot: Frekvenssi Kumulatiivinen %</i> | | |
|---|-----------|--------------|
| a. alle 1 vuotta | 1 | 3 % |
| b. 1-5 vuotta | 12 | 40 % |
| c. 6-10 vuotta | 7 | 23 % |
| d. 11-15 vuotta | 4 | 13 % |
| e. 16-20 vuotta | 1 | 3 % |
| f. yli 20 vuotta | 5 | 17 % |
| | 30 | 100 % |

Työyksikkö

Vastaajista 22 (73 %) työskenteli Turun Validia-talossa, viisi (17 %) Vasaramäen validia-asunnoilla ja kolme (10 %) Hirvensalon Validia-talossa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Työyksikkö

| <i>Vaihtoehdot: Frekvenssi Kumulatiivinen %</i> | | |
|---|-----------|--------------|
| a. Turun Validia-talo | 22 | 73 % |
| b. Vasaramäen validia-asunnot | 5 | 17 % |
| c. Hirvensalon Validia-talo | 3 | 10 % |
| | 30 | 100 % |

Työkokemus Invalidiliiton yksiköissä

Vastaajista työkokemusta Invalidiliiton yksiköissä alle vuoden omai viisi (17 %), 1-6 vuotta 17 (57 %), 6-10 vuotta yksi (3 %), 11–15 vuotta kolme (10 %), 16–20 vuotta yksi (3 %), sekä yli 20 vuotta kolme (10 %). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Työkokemus Invalidiliiton yksiköissä

| <i>Vaihtoehdot: Frekvenssi Kumulatiivinen %</i> | | |
|---|-----------|--------------|
| a. alle 1 vuotta | 5 | 17 % |
| b. 1-5 vuotta | 17 | 57 % |
| c. 6-10 vuotta | 1 | 3 % |
| d. 11-15 vuotta | 3 | 10 % |
| e. 16-20 vuotta | 1 | 3 % |
| f. yli 20 vuotta | 3 | 10 % |
| | 30 | 100 % |

Työkokemus tässä yksikössä

Vastaajista työkokemusta tämän hetkisessä Invalidiliiton yksikössään omai alle vuoden kuusi (20 %), 1-5 vuotta 17 (57 %), 6-10 vuotta yksi (3 %), 11-15 vuotta kolme (10 %), yli 20 vuotta kolme (10 %). Vastausvaihtoehtoon 16–20 vuotta ei tässä kyselykohdassa tullut yhtään vastausta. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Työkokemus tässä yksikössä

| <i>Vaihtoehdot:</i> | <i>Frekvenssi</i> | <i>Kumulatiivinen %</i> |
|---------------------|-------------------|-------------------------|
| a. alle 1 vuotta | 6 | 20 % |
| b. 1-5 vuotta | 17 | 57 % |
| c. 6-10 vuotta | 1 | 3 % |
| d. 11-15 vuotta | 3 | 10 % |
| e. 16-20 vuotta | 0 | 0 % |
| f. yli 20 vuotta | 3 | 10 % |
| | 30 | 100 % |

Lääkehoidon toteutus

Vastaajista lääkehoitoa työssään toteutti erittäin harvoin yksi (3 %), Silloin tällöin kolme (10 %), useasti kaksi (7 %). Päivittäin lääkehoitoa toteutti vastaajista työssään 24 (80 %). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Lääkehoidon toteutus

| <i>Vaihtoehdot:</i> | <i>Frekvenssi</i> | <i>Kumulatiivinen %</i> |
|---------------------|-------------------|-------------------------|
| a. Erittäin harvoin | 1 | 3 % |
| b. Silloin tällöin | 3 | 10 % |
| c. Useasti | 2 | 7 % |
| d. Päivittäin | 24 | 80 % |
| | 30 | 100 % |

Lääkkeiden annosjakelu

Vastaajista suurin osa, 26 (87 %) oli sitä mieltä, että heidän yksikössään toteutui lääkkeiden annosjakelu, kun taas neljä (13 %) vastaajista oli sitä mieltä, ettei heidän yksikössään toteutunut lääkkeiden annosjakelu. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lääkkeiden annosjakelu

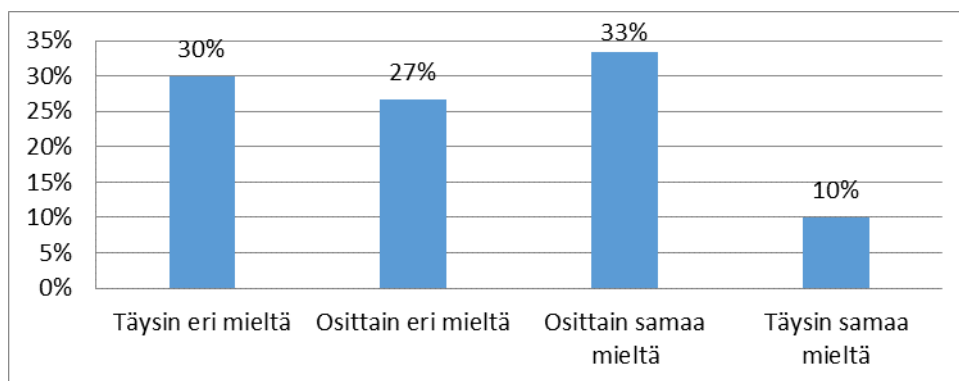
| <i>Vaihtoehdot:</i> | <i>Frekvenssi</i> | <i>Kumulatiivinen %</i> |
|---------------------|-------------------|-------------------------|
| a. Kyllä | 26 | 87 % |
| b. Ei | 4 | 13 % |
| | 30 | 100 % |

6.2 Lääkehoitosuunnitelma

Tutkimuksen lääkehoitosuunnitelmaosiossa selvitettiin väittämien (täysin eri mieltä - osittain eri mieltä - osittain samaa mieltä - täysin samaa mieltä) avulla vastaajien mielipidettä esimerkiksi lääkehoitosuunnitelman olemassaolosta heidän yksikössään, tietävätkö he kuka lääkehoitosuunnitelmasta vastaa ja kuinka usein lääkehoitosuunnitelmaa tarkastetaan, tai mitä tarkoittaa lääkepoikkeama.

Lääkehoitosuunnitelman olemassaolo

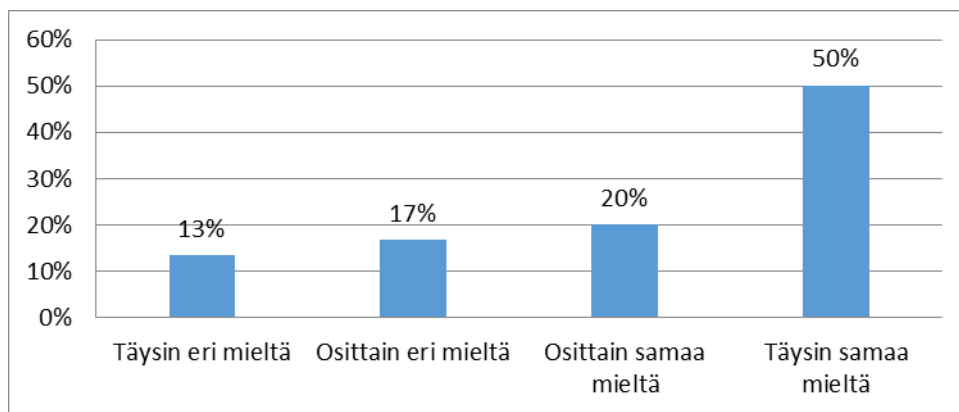
Vastauskanta jakautui melko tasaisesti kaikkien väittämän vaihtoehtojen kesken kysyttäessä lääkehoitosuunnitelman olemassaolosta yksiköissä. Vastaajista yhdeksän (30 %) ilmoitti olevansa täysin eri mieltä ja kahdeksan (27 %) osittain eri mieltä siitä, ettei lääkehoitosuunnitelmaa ollut yksiköissä. Osittain samaa mieltä oli 10 (33 %) ja täysin samaa mieltä kolme (10 %) lääkehoitosuunnitelman olemassaolosta. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Lääkehoitosuunnitelman olemassaolo

Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen

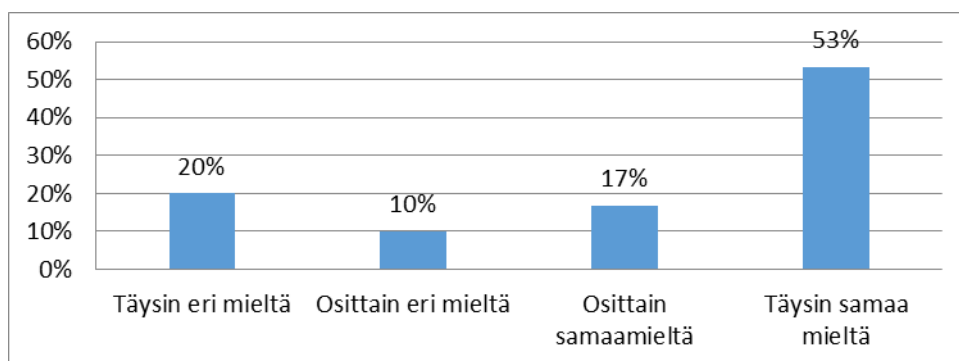
Kysyttäessä lääkehoitosuunnitelmaan tutustumisesta, vastaajista suurin osa (21 kpl, 70 %) oli tutustunut yksikkönsä lääkehoitosuunnitelmaan. Näistä 15 (50 %) oli täysin samaa mieltä ja kuusi (20 %) osittain samaa mieltä. Vastaajista viisi (17 %) oli osittain eri mieltä ja neljä (13 %) täysin eri mieltä lääkehoitosuunnitelmaan tutustumisesta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen

Lääkehoitosuunnitelmasta vastaava

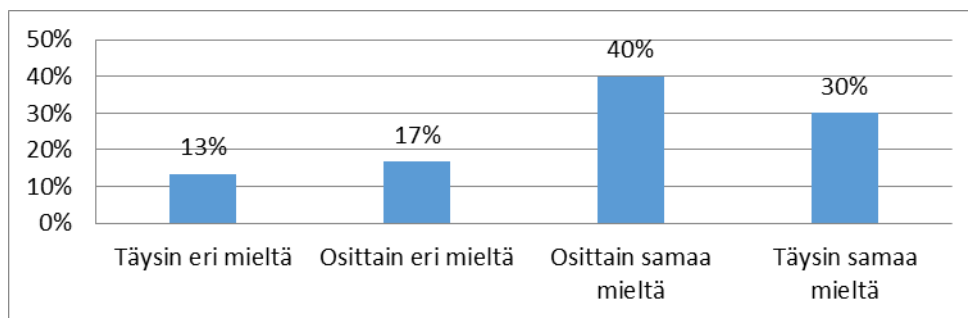
Vastaajista suurin osa, (21 kpl, 70 %) tiesi kuka vastasi yksikössä lääkehoitosuunnitelmasta, 16 (53 %) ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä ja viisi (17 %) osittain samaa mieltä siitä. Osittain eri mieltä oli kolme (10 %) ja kuusi (20 %) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Lääkehoitosuunnitelmasta vastaava

Lääkehoidon toteutus

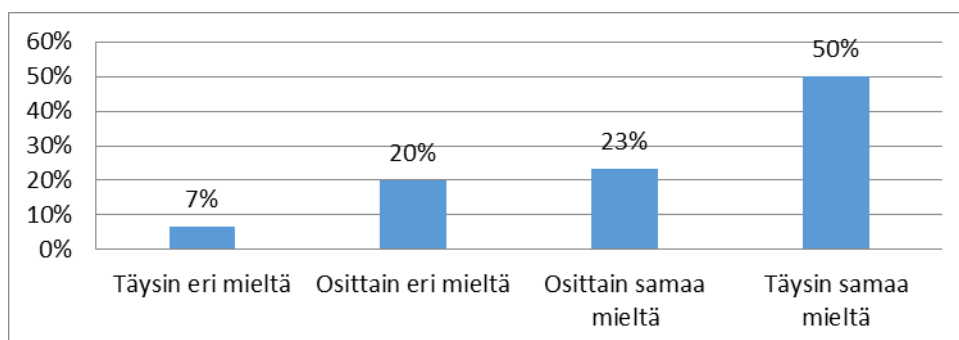
Vastaajista 21 (70 %) ilmoitti, että yksikössä toimittiin lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Näistä yhdeksän (30 %) oli täysin samaa mieltä ja 12 (40 %) osittain samaa mieltä. Viisi (17 %) oli osittain eri mieltä ja neljä (13 %) täysin eri mieltä lääkeshoidon toteutuksesta suunnitelman mukaisesti. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Lääkehoidon toteutus

Yksikkökohtainen

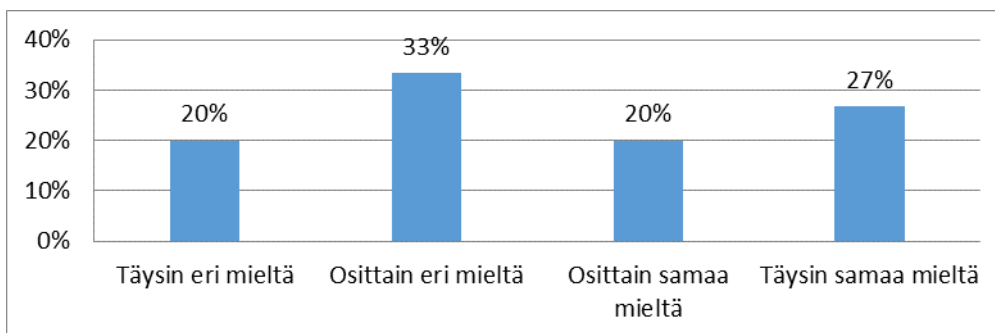
Vastaajista valtaosa (22 kpl, 73 %) ilmoitti, että yksikössä oli oma lääkehoitosuunnitelma, heistä 15 (50 %) oli täysin samaa mieltä ja seitsemän (23 %) osittain samaa mieltä. Osittain eri mieltä vastaajista oli kuusi (20 %) ja kaksi (7 %) täysin eri mieltä lääkehoitosuunnitelman yksikkökohtaisuudesta. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Yksikkökohtainen

Asiakaskohtainen

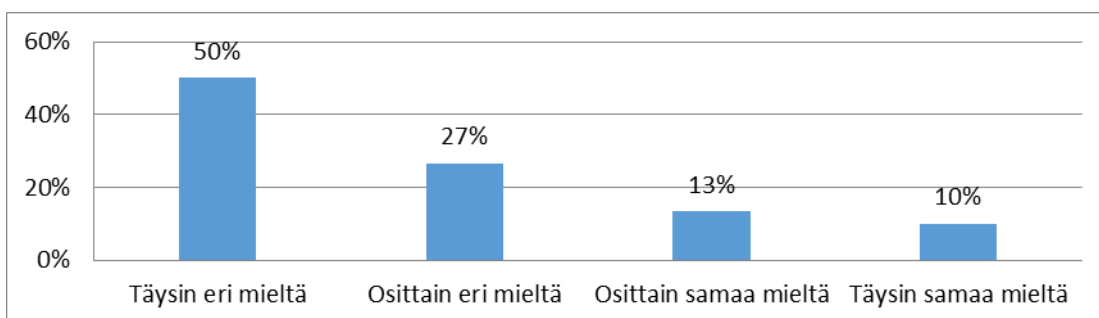
Vastauskanta jakautui melko tasaisesti kaikkien väittämän vaihtoehtojen kesken ky-
sytessä lääkehoitosuunnitelman asiakaskohtaisuudesta. Täysin samaa mieltä oli kahdeksan (27 %) ja kuusi (20 %) oli osittain samaa mieltä. Osittain eri mieltä oli 10 (33 %) ja kuusi (20 %) täysin eri mieltä lääkehoitosuunnitelman asiakaskohtaisuudesta. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Asiakaskohtainen

Lääkehoitosuunnitelman tarkastusaika

Vastaajista 15 (50 %) oli täysin eri mieltä ja kahdeksan (27 %) osittain eri mieltä kysyttäessä tiesivätkö he milloin yksikön lääkehoitosuunnitelmaa tarkastetaan. Neljä (13 %) oli osittain samaa mieltä ja vain kolme (10 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä, eli tiesivät milloin lääkehoitosuunnitelmaa tarkastetaan. (Kuvio 7.)

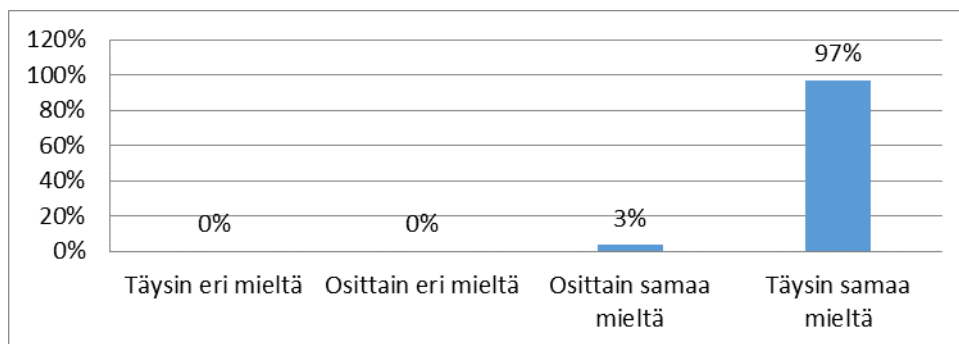


Kuvio 7. Lääkehoitosuunnitelman tarkastusaika

6.3 Lääkepoikkeamat

Lääkepoikkeama käytännössä

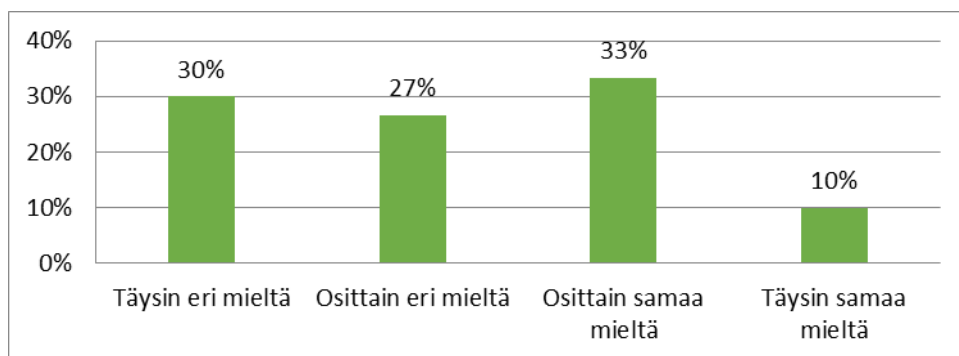
Kun vastaajilta kysyttiin, tiesivätkö he, mitä lääkepoikkeamalla tarkoitetaan käytännön tasolla, vastaajista 29 (97 %) ilmoitti tietävänsä tarkalleen mitä lääkepoikkeamalla tarkoitetaan ja yksi (3 %) ilmoitti tietävänsä osittain. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Lääkepoikkeama käytännössä

Asiakkaan lääkekielteisyys

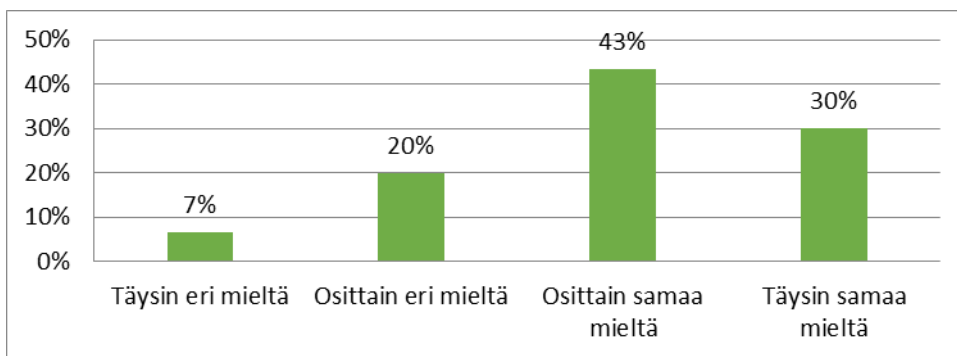
Vastaajista kolme (10 %) oli täysin sitä mieltä, että lääkepoikkeamat johtuivat asiakasta ja 10 (33 %) oli osittain sitä mieltä. Käytännössä tämä tarkoitti yleensä sitä, että asiakas kieltäytyi ottamasta lääkkeitään. Kahdeksan (27 %) oli osittain eri mieltä ja yhdeksän (30 %) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Asiakkaan lääkekielteisyys

Kiire

Vastaajista yhdeksän (30 %) oli täysin sitä mieltä, että kiire hoitotilanteissa aiheutti lääkepoikkeamia ja 13 (43 %) osittain sitä mieltä. Kuusi (20 %) vastaajaa oli osittain eri mieltä ja kaksi (7 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 10.)

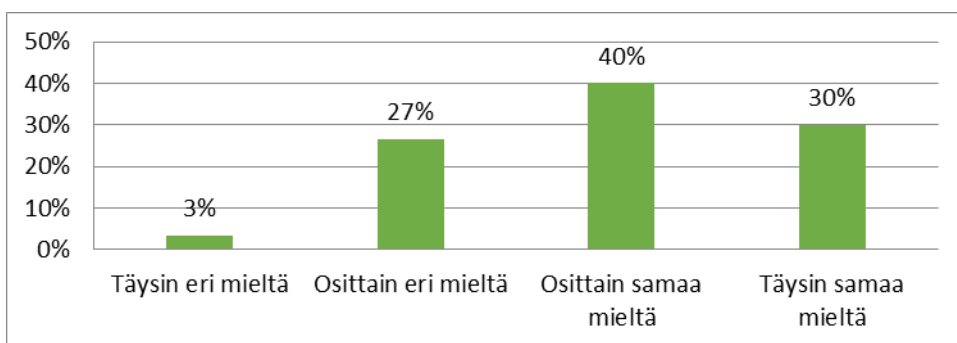


Kuvio 10. Kiire

Hoitohenkilöstöstä johtuvia lääkepoikkeamia oli useanlaisia vastaajien mielestä kuitenkin; inhimillinen erehdys, huolimattomuus, virheellinen jako ja väsymys.

a) Erehdys

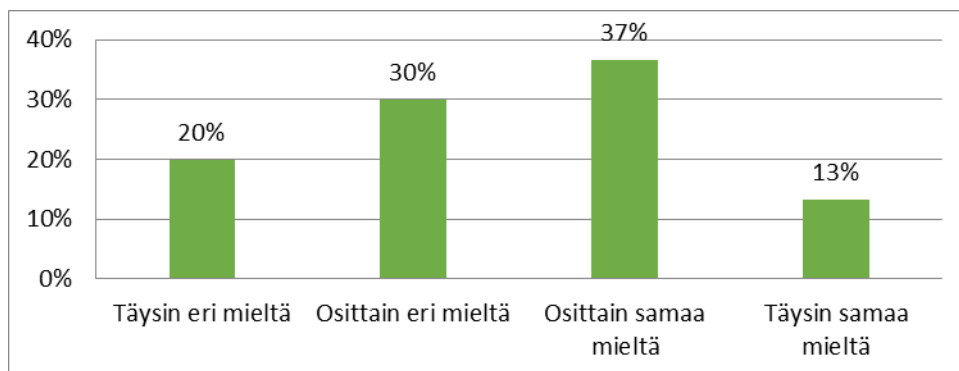
Vastaajista yhdeksän (30 %) oli täysin samaa mieltä ja 12 (40 %) osittain samaa mieltä siitä, että lääkepoikkeamat johtuivat hoitajien inhimillisistä, vastaajista kahdeksan (27 %) oli osittain eri mieltä ja yksi (3 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Erehdys

b) Huolimattomuus

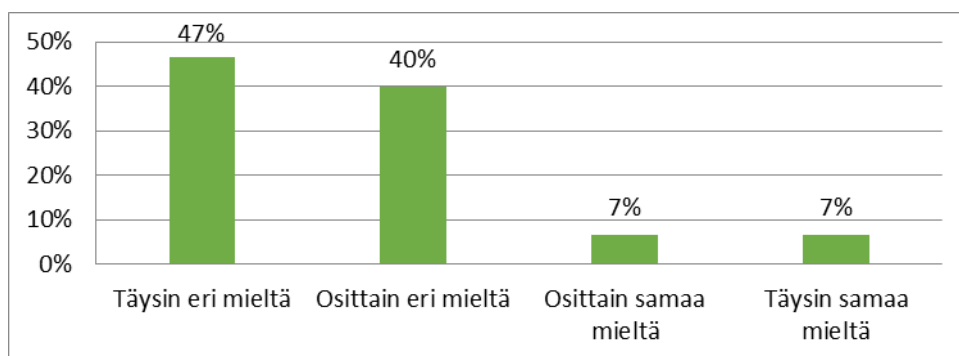
Vastauskanta jakautui tasan samaa mieltä – eri mieltä vastauksien välillä kysyttäessä hoitajan huolimattomuuden vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Täysin samaa mieltä oli neljä (13 %) ja osittain samaa mieltä 11 (37 %). Yhdeksän (30 %) vastaajaa oli osittain eri mieltä ja kuusi (20 %) täysin eri mieltä hoitajan huolimattomuuden vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Huolimattomuus

c) Virheellinen jako

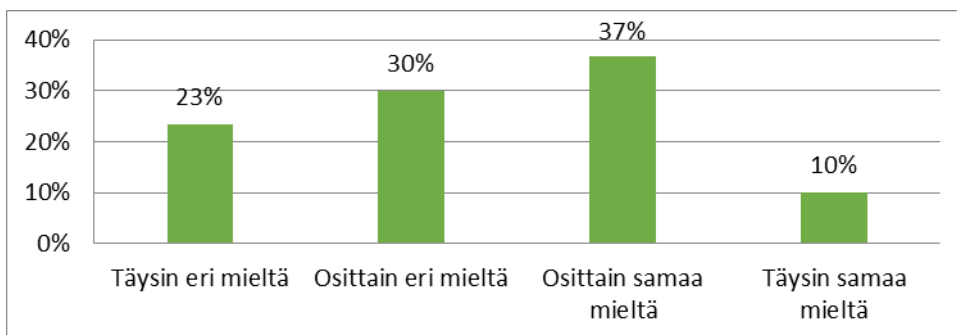
Vastaajista 26 (87 %) oli eri mieltä siitä, että lääkepoikkeamien syynä voisi olla virheellinen jako, heistä 14 (47 %) oli täysin eri mieltä ja 12 (40 %) osittain eri mieltä. Kaksi (7 %) oli osittain samaa mieltä ja kaksi (7 %) täysin samaa mieltä virheellisen jaon vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Virheellinen jako

d) Väsymys

Vastaajista kolme (10 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että kyseessä on hoitajien väsymys lääkepoikkeamien synnyssä. Osittain samaa mieltä oli 11 (37 %). Eri mieltä hoitajien väsymyksen vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen oli 53 % eli 16 vastaajaa, joista yhdeksän (30 %) oli osittain eri mieltä ja seitsemän (23 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 14.)

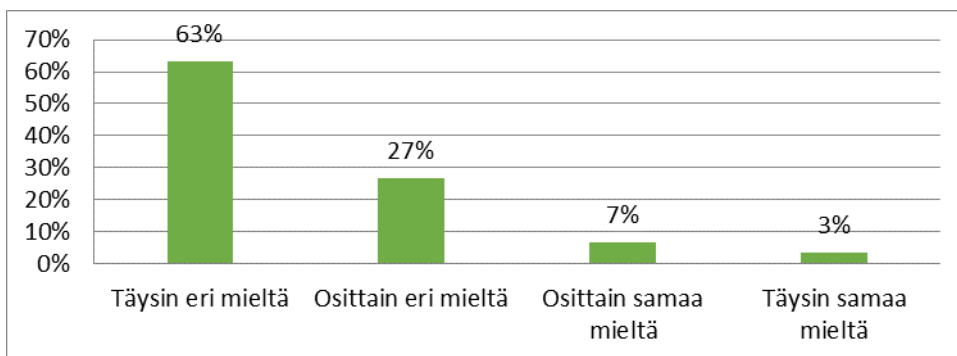


Kuvio 14. Väsymys

Varsinaisesti itse lääkkeeseen jollain tavalla liittyviä virhetekijöitä, jotka aiheuttivat lääkepoikkeamia, nähtiin myös olevan seuraavasti; väärät lääkkeet, väärä lääkkeen antoaika, virheellinen lääkeannos, lääkemuutos, päällekkäislääkitys, antamatta jätetty lääke ja virheellinen jako.

a) Väärät lääkkeet

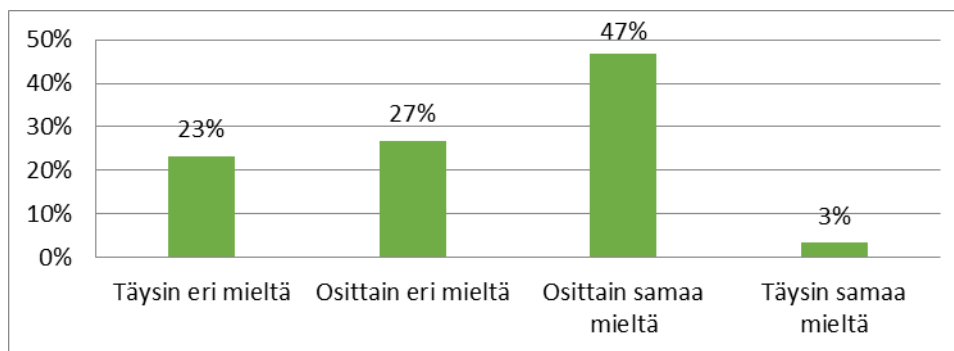
Vastaajista vain yksi (3 %) oli täysin samaa mieltä ja kaksi (7 %) osittain samaa mieltä siitä, että potilaskohtaiset väärät lääkkeet vaikuttivat lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Vastaajista suurin osa (27 kpl, 90 %) oli eri mieltä, joista kahdeksan (27 %) oli osittain eri mieltä ja 19 (63 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Väärät lääkkeet

b) Väärä antoaika

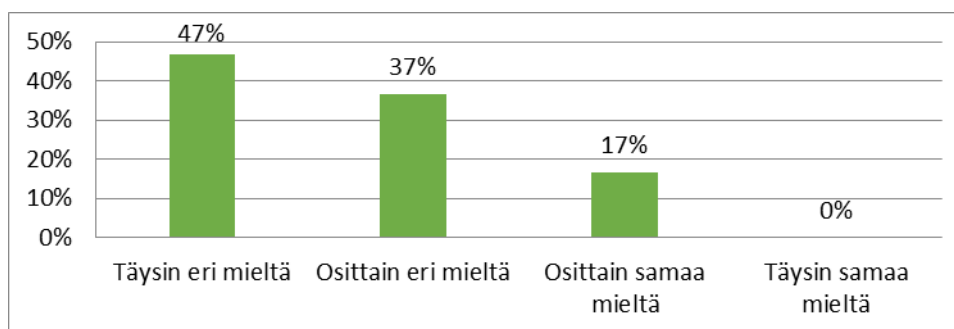
Vastauskanta meni tasan samaa mieltä ja eri mieltä vastauksien kesken kysyttäessä lääkkeiden väärään aikaan antamisen vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Vastaajista yksi (3 %) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja 14 (47 %) oli osittain samaa mieltä. Kahdeksan (27 %) oli osittain eri mieltä ja seitsemän (23 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Väärä antoaika

c) Lääkeannos

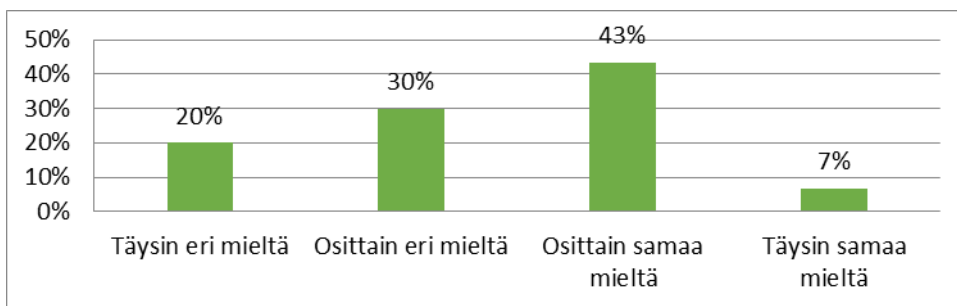
Vastaajista suurin osa oli eri mieltä siitä, että virheellinen lääkeannos olisi syynä lääkepoikkeamiin, heistä 14 (47 %) oli täysin eri mieltä ja 11 (37 %) osittain eri mieltä. Viisi (17 %) oli osittain samaa mieltä virheellisen lääkeannoksen vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Lääkeannos

d) Lääkemuutos

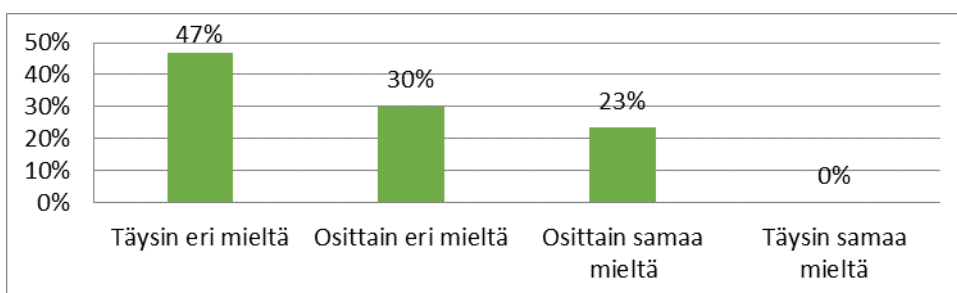
Vastaajista kaksi (7 %) oli täysin samaa mieltä ja 13 (43 %) osittain samaa mieltä siitä, että potilaan lääkemuuokset vaikuttivat lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Osittain eri mieltä oli yhdeksän (30 %) ja täysin eri mieltä kuusi (20 %). (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Lääkemuutos

e) Päällekkäislääkitys

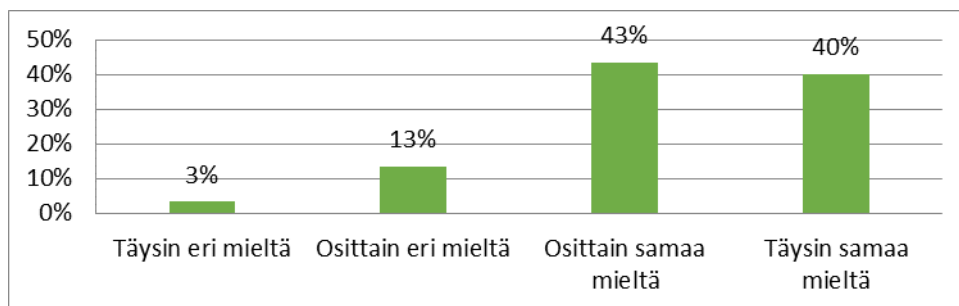
Vastaajista 23 (77 %) oli eri mieltä kysyttäessä päällekkäislääkityksen vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen, heistä 14 (47 %) oli täysin eri mieltä ja yhdeksän (30 %) osittain eri mieltä. Seitsemän (23 %) oli osittain samaa mieltä päällekkäislääkityksen vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Päällekkäislääkitys

f) Lääke antamatta

Vastaajista 12 (40 %) oli täysin samaa mieltä ja 13 (43 %) osittain samaa mieltä, että lääkepoikkeamat johtuivat siitä, kun potilaan lääkkeet olivat jostain syystä jääneet antamatta. Vastaajista neljä (13 %) oli osittain eri mieltä ja yksi (3 %) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 20.)

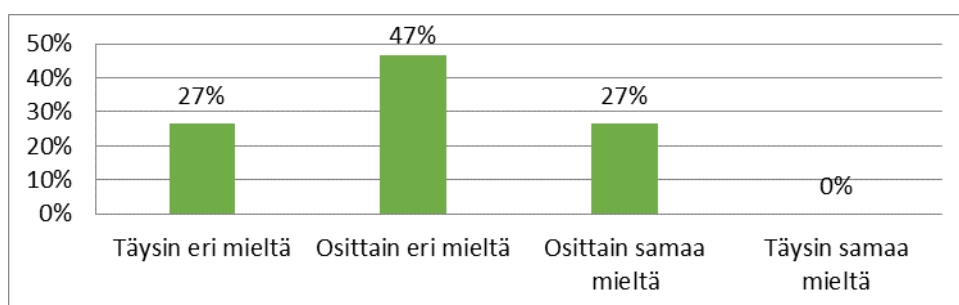


Kuvio 20. Lääke antamatta

Selvitettäessä tekijöitä, jotka liittyivät jollain tapaa lääkkeisiin liittyvään **tiedonkulkuun** ja siitä johtuviin lääkepoikkeamiin, saatiin myös erilaisia näkökulmia kuten; virheellinen lääkekirjaus, puutteellinen tiedonvälitys, perehdytyksen puute ja lääkekortin tiedot.

a) Kirjaaminen

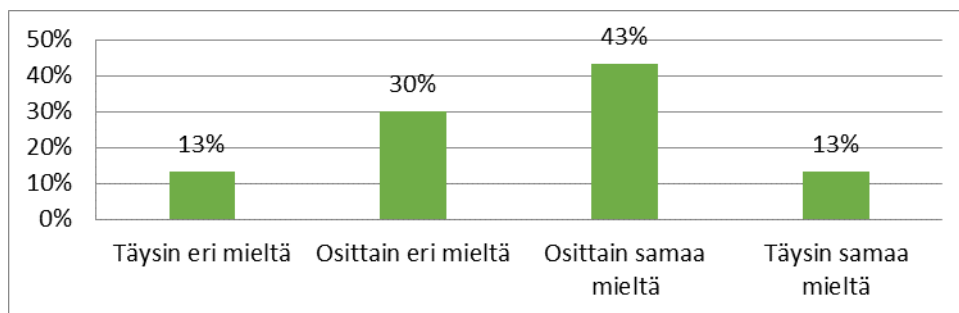
Vastaajista suurin osa oli eri mieltä kysyttäessä virheellisten kirjausten vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Täysin eri mieltä oli kahdeksan (27 %), ja osittain eri mieltä 14 (47 %) vastaajaa. Kahdeksan (27 %) vastaajaa oli osittain sitä mieltä, että virheelliset kirjaukset olivat lääkepoikkeamien esiintyvyyteen vaikuttava tekijä. (Kuvio 21.)



Kuvio 21. Kirjaaminen

b) Tiedonvälitys

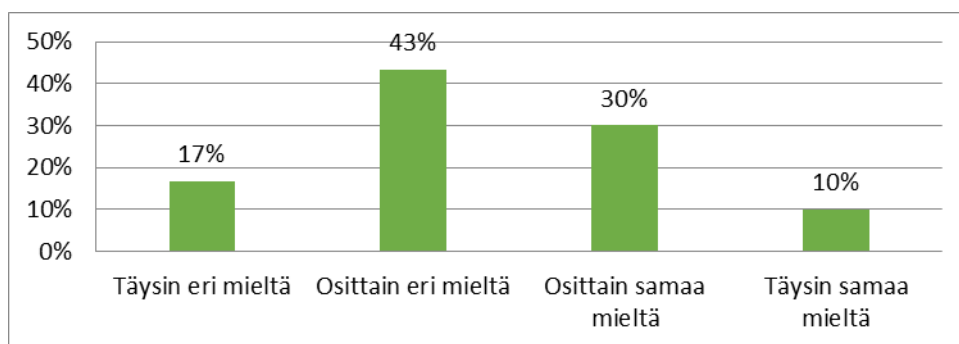
Vastaajista neljä (13 %) oli täysin samaa mieltä ja 13 (43 %) osittain samaa mieltä puutteellisen tiedotuksen vaikutuksista lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Yhdeksän (30 %) oli osittain eri mieltä ja neljä (13 %) oli täysin eri mieltä. (Kuvio 22.)



Kuvio 22. Tiedonvälitys

c) Perehdytys

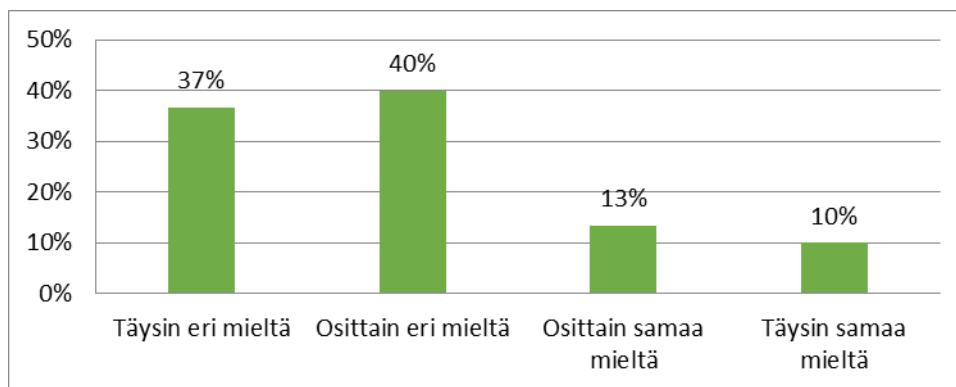
Vastaajista kolme (10 %) oli täysin samaa mieltä ja yhdeksän (30 %) osittain samaa mieltä siitä, että lääkepoikkeamien syntyyn vaikutti hoitohenkilöstön huono perehdytys. Kuitenkin 13 (43 %) oli osittain eri mieltä ja viisi (17 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 23.)



Kuvio 23. Perehdytys

d) Lääkekortin tiedot

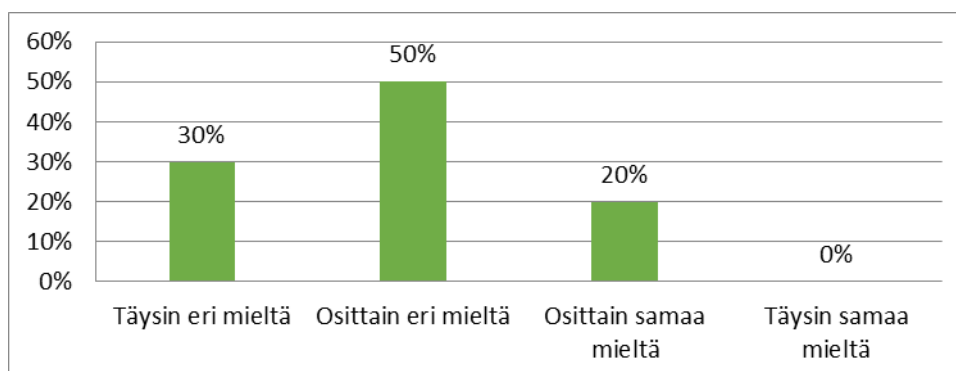
Vastaajista yhteensä 23 (77 %) oli eri mieltä kysyttäessä lääkekortin virheellisten tietojen vaikutuksista lääkepoikkeamien esiintyvyyteen, heistä 11 (37 %) oli täysin eri mieltä ja 12 (40 %) osittain eri mieltä. Neljä (13 %) oli osittain samaa mieltä ja kolme (10 %) täysin samaa mieltä lääkekortin vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Lääkekortin tiedot

Kontaminoituminen

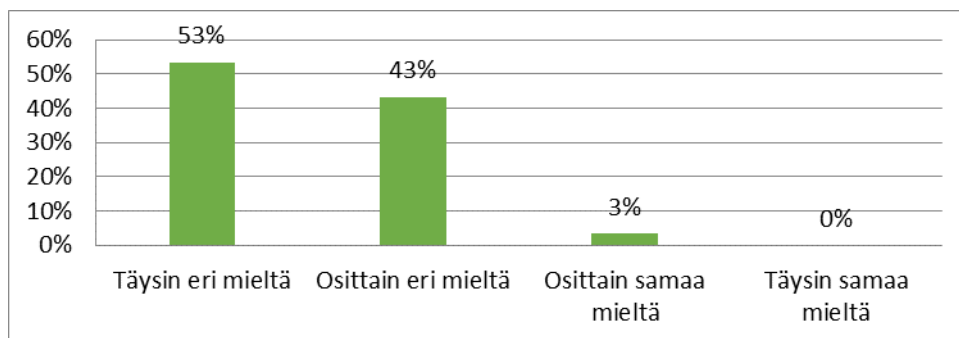
Vastaajista yhteensä 24 (80 %) oli eri mieltä kysyttäessä lääkkeen kontaminoitumisen vaikutuksesta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen, heistä 15 (50 %) oli osittain eri mieltä ja yhdeksän (30 %) täysin eri mieltä. Kuusi (20 %) oli osittain samaa mieltä. (Kuvio 25.)



Kuvio 25. Kontaminoituminen

Apteekin virhe

Vastaajista 16 (53 %) oli täysin eri mieltä ja 13 (43 %) osittain eri mieltä kun kysyttiin apteekin osuutta lääkepoikkeamien syntyyn. Yksi (3 %) vastaaja oli osittain samaa mieltä apteekin osuudesta. (Kuvio 26.)



Kuvio 26. Apteekin virhe

6.4 Kehittämis ehdotuksia

6.4.1 Ehdotuksia lääkehoitoon

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin erilaisia ehdotuksia lääkehoidon toteutukseen, saatiin yhteensä 14 vastausta. Sisällön erittelyn avulla vastauksista muodostettiin eri kategoriat, joita olivat itse lääkkeisiin liittyvät huomiot kuusi (6) vastaajaa, tiedonkulkuun liittyvät huomiot seitsemän (7) vastaajaa ja lääkevastuuhoitajaan liittyvät huomio kuusi (6) vastaajaa.

”Lääkepusseihin oikeat lääkkeenoton kellonajat.” (6)

”Mahdolliset lääkemuu tookset kirjataan ja tieto välitetään paremmin kaikille työntekijöille.” (16)

”Meille tarvittaisiin lääkevastaava.” (26)

6.4.2 Ehdotuksia lääkepoikkeamien ennaltaehkäisyyn

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin erilaisia ehdotuksia lääkepoikkeamien ennaltaehkäisyyn, saatiin yhteensä 19 vastausta. Sisällön erittelyn avulla vastauksista muodostettiin eri kategoriat, joita olivat lääkehoitoon liittyvät huomiot 12 (12) vastaajaa, lääkevastuuhoitajaan liittyvät huomiot kolme (3) vastaajaa ja henkilökunnan perehdytykseen liittyvät huomiot neljä (4) vastaajaa.

”Selvemmat käytännöt ja säännöt kuka vastaa itse lääkehoidostaan ja kenen kohdalla työntekijä huolehtii. Monasti lääkkeitä jääneet antamatta koska työntekijä ei ole tiennyt että ne pitää antaa. Esim. dosettiin erikseen jaetut lääkkeet (väliaikaiset) saattavat unohtua helposti.”(16)

”Edelleenkin vastuuhenkilö, joka lääkkeitä huolehtii kussakin työvuorossa. Jos mennään nykyisellään, lääkkeenantolupa kaikille työntekijöille.”(6)

”Enemmän työntekijöitä → enemmän aikaa. Parempi perehdytys.”(30)

6.4.3 Ehdotuksia koulutuksiin

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin erilaisia ehdotuksia koulutuksiin, saatiin yhteensä 14 vastausta. Sisällön erittelyn avulla vastauksista muodostettiin eri kategoriat, joita olivat lääkehoitoon liittyvät koulutukset kahdeksan (8) vastaajaa, lääkevas-
taavakoulutukseen liittyvät koulutukset neljä (4) vastaajaa ja perehdytykseen liittyvät koulutukset kaksi (2) vastaajaa.

”Talon sisäinen koulutus/palaveri, miten lääkehoitoa toteutettu ja toteutetaan. Kuka on vastuussa kun keikkarit ovat töissä ja antaa lääkkeitä? Joku yhteinen koulutus olis hyvä.”(29)

”Lääkehoitovastaavan koulutuksen järjestämistä niin monelle kun mahdollista.”(17)

”Uusille työntekijöille voisi olla koulutus, missä kerrotaan työstä, asiakkaista jne. niin että perustyöntekijöiden olisi helpompaa olla töissä jos tulee joku uusi, muuten se ottaa lisää aikaa.”(25)

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksia tehdessä tulosten luotettavuus ja pätevyys saattavat vaihdella, ja jotta voitaisiin saadakin luotettavia tuloksia, tulisi välttää virheiden syntymistä jo tutkimusta suunniteltaessa ja toteutettaessa. Juurikin välttääkseen virheiden syntymistä, kaikissa tutkimuksissa tulee arvioida luotettavuutta. Tutkimusmenetelmiä on monia ja niin on myös luotettavuutta arvioivia toimintatapoja. Tutkimuksen luotettavuutta selvitetäessä ja arvioitaessa löytyy useita erilaisia oppaita, joita voi hyödyntää. On kuitenkin huomioitava, että eri oppaat painottavat eri asioita, joiden avulla tutkimuksen tavoitteet saatiin toteutuneiksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara.2013. 231; Tuomi 2007. 149.)

Validiteetti

Validiteetilla eli validius-käsitteellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän pätevyyttä ja luotettavuutta eli kykyä mitata juuri sitä mitä tutkijalla on tarkoitus mitata menetelmää käyttäen. Tämä voidaan todentaa esimerkiksi kyselylomakkeen käytössä. Kyselyn tutkija saattaa olla kuvitellut tutkivansa tiettyjä asioita, mutta menetelmä ja kyselyn mittari eivät aina kuitenkaan vastaa samaa todellisuutta ja näin ollen vastaajat eivät ole välttämättä käsittäneet tutkimuksen kysymyksiä alkuunkaan samalla tavoin, kuin tutkijan on ollut tarkoitus saada vastaajilta tietoa. (Hirsjärvi ym. 2013. 231–232.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen kysymykset laadittiin vastaamaan tutkimuksen tavoitteisiin, joiden avulla ja vastausten kautta saadaan ratkaisu tutkimusongelmaan. Kysymykset testattiin opiskelijaryhmässä ennen varsinaista kyselylomakkeen käyttöönottoa. Lisäksi kyselylomake näytettiin kohdeorganisaation työn tilanneelle ja lääkehoitosuunnitelmasta vastaavalle henkilölle etukäteen.

Reliabiliteetti

Reliabiliteetti eli reliaabelius tarkoittaa kykyä toistaa tutkimus ja saada uudella tutkimuksella ja mittauksella samat tulokset. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa siis,

että tutkimuksella on toistamiseen tehtäessä kyky antaa ei- sattumanvaraisia tuloksia. Näin ollen voidaan viitata tulosten pysyvyyteen. Näin voidaan havainnollistaa, jos esimerkiksi kaksi eri tutkijaa saa tutkimusta toteuttaessaan samat tulokset tai jos tutkimus toteutetaan eri mittauskertoina ja tulos pysyy samana. (Hirsjärvi ym. 2013. 231.)

Tämän tutkimuksen kohdeorganisaation yksiköissä ei ole ennen aiheeseen liittyvää tutkimusta toteutettu, joten tutkimuksen reliabiliteetti voidaan ilmentää vasta, jos tutkimus toteutettaisiin toistamiseen joko saman tai eri tutkijan tekemänä juuri tätä kyselylomaketta hyödyntäen, juuri samalle kohdejoukolle. Kuitenkin on syytä huomata, että näitä tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan ketään muuta kuin tätä kohdejoukkoa.

Eettisyys

Tutkimuksen etiikka on vuosikymmenien aikana noussut esille keskeisenä osana tutkimuksen toteutusta. Kun puhutaan tutkimuksen etiikasta, ei puhuta vain tutkijan omasta eettisyydestä vaan se käsittää koko tutkimusta hyödyntävän yhteisön sekä koko muun tiedeyhteisön etiikasta. Jotta voitaisiin toteuttaa tutkimustoimintaa, on jo tutkimusta ajateltaessa huomioitava erilaisia eettisiä kysymyksiä, sillä se on kaiken lähtökohta. On huomioitava millainen on hyvä tutkimus, tulee olla tiedossa mitä tutkitaan, millaisia tutkimustuloksia saadaan tutkimuksella tavoitella ja onko joitakin keinoja, joita tutkija ei saa käyttää tutkimusta tehdessään. On hyvä aina alussa miettiä onko tutkimus eettisesti kestävä. Jos on, voidaan tutkimus useimmiten tuolloin todeta hyväksi tutkimukseksi. Täytyy voida huomioida tutkittavien suojan lisäksi oman toimintansa. (Tuomi 2007. 143–145.)

Tutkimuksen kohdejoukkona olleille vastaajille tuotiin esille jo kyselylomakkeen saatekirjeen kautta, että vastaukset käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti, sekä kokonaisuutena, ei yksittäisinä vastaajina eikä yksiköittäin. Kenenkään vastaajan henkilöllisyys ei tullut tutkimuksessa ilmi, sillä kyselyssä ei kysytty vastaajien nimiä. Tutkimuksen tulokset raportoitiin niin kuin ne vastauslomakkeissa olivat, ilman niitä muokkaamatta tai vääristelemättä. Kyselylomakkeet hävitettiin asianmu-

kaisesti työn valmistuttua. Tutkimustuloksia ei tulla käyttämään muuhun kuin tutkimuksen alkuperäiseen tarkoitukseen. (Tuomi 2007. 145–146.)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Suurin osa vastaajista oli lähihoitajia, jotka olivat työskennelleet yksikössään viisi vuotta tai sen alle. Voidaankin olettaa, että moni vastaajista oli nuoria, alalle lähiaikoina kouluttautuneita aikuisia. Tuloksella saattaa olla yhteys siihen, että lähiaikoina on tapahtunut suuri henkilöstön eläköitymisrypäs ja sitä kautta henkilöstövaihdokset ovat tulleet aiheellisiksi. Myös se, että Vasaramäen ja Hirvensalon yksiköt eivät ole olleet kovinkaan kauaa toiminnassa, kertoo uuden henkilöstön palkkaamisesta. Uusien hoitajien työkokemus yksikössä ei näin ollen voi vielä olla kovinkaan pitkä.

Suurin osa vastaajista työskenteli Turun Validia-talossa, joka on Turun yksiköistä suurin ja eniten henkilökuntaresursseja käyttävä Invalidiliiton yksikkö. Hirvensalon Validia-talon vastausprosentti jäi pieneksi, koska lääkehoitoa toteuttavista kymmenestä hoitajasta vastasi kyselyyn vain kolme. Tutkimus ei anna selitystä sille, miksi näin on. Jääkin kysymysmerkiksi, miksi hoitajat eivät kokeneet asiaa tärkeänä ja ottaneet kantaa lääkehoidon toteutukseen. Kuitenkin kokonaisvaltainen tulos tässä tutkimuksessa osoittaa, että lääkehoitoa toteutti päivittäin suurin osa vastaajista ja suurin osa henkilöstöstä tiesi yksikössään toteutettavan lääkkeiden annosjakelua.

Lääkehoitosuunnitelmaa koskevien tutkimustulosten pohjalta oli huomattavissa, että yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma jakoi vastaajien mielipiteet tasaisesti. Puolet vastaajista oli epävarmoja yksikkönsä lääkehoitosuunnitelman suhteen. Kuitenkin puolet vastaajista kertoi tutustuneensa oman yksikkönsä lääkehoitosuunnitelmaan. Tutkimustulosten pohjalta selvisi myös, että suurin osa vastaajista tiedosti, kuka lääkehoitosuunnitelmasta vastasi yksikössä. Suuri osa vastaajista koki lääkehoitoa toteutettavan suunnitelman mukaisesti ja he tiesivät lääkehoitosuunnitelman tarkoittavan yksikkökohtaista, eikä asiakaskohtaista suunnitelmaa/ohjeistusta. Kuitenkin lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että lääkehoitosuunnitelma oli asiakaskohtainen.

Vastaajilla ei myöskään ollut käsitystä siitä, kuinka usein tai milloin lääkehoitosuunnitelma tarkastetaan. Tutkimustulosten pohjalta selvisi, että suurin osan vastaajista tiedosti, mitä lääkepoikkeamalla tarkoitetaan. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lääkehoito kokonaisuudessaan on osalle henkilöstöä vieras erilaisine käytäntöineen.

Tutkimustulosten pohjalta selvisi, että suurimmat lääkepoikkeamia aiheuttavat tilanteet olivat kiire, hoitajien erehdys ja lääkkeen antamatta jääminen/jättäminen. Hoitajien huolimattomuus jakoi tutkimukseen vastanneiden mielipiteet tasaisesti väittämän vaihtoehtojen kesken. Reilut puolet tutkimukseen vastanneista koki, että puutteellinen tiedonvälitys oli ollut vaikuttavana tekijänä lääkepoikkeamien esiintymisessä. Vastaajista suuri osa koki kuitenkin, että perehdytyksen puutteella ei ollut vaikutusta lääkepoikkeamien esiintymiseen, eikä lääkekortin tiedoilla ollut vaikutusta lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Avointen vastausten mukaan ilmeni, että henkilöstö kaipasi kaikesta huolimatta koulutusta lääkkeistä ja selkeää vastuuhenkilöä lääkekäytäntöihin liittyen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lääkkeisiin liittyen hoitohenkilöstön epävarmuutta ei ole syytä jatkaa ja siksi koulutuksen ja perehdytyksen toteutus on suunniteltava mahdollisimman pian.

Tutkimuksen tulokset tullaan käymään läpi kohdeorganisaation lääkehoitosuunnitelmasta vastaavan ja koko organisaation kanssa. Näin voidaan tuoda esille tuloksista ilmenneet yksiköiden lääkehoitoon vaikuttavat tekijät. Koska monet vastaajista kokivat tarvetta lääkehoidon lisäkoulutukselle ja perehdytyksen tarkistukselle. Jatkotutkimuksena voidaan ehdottaa, että tämä sama tutkimus toistettaisiin koulutuksen ja perehdytysohjelman jälkeen uudelleen, jolloin voitaisiin verrata tuloksia keskenään. Muutenkin lääkehoitoon liittyvää tutkimusta voidaan toteuttaa kyselynä määrävuosina niin, että voitaisiin selvittää lääkehoidon toteutumisen toimivuutta.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S. Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. SanomaPro Oy. Helsinki.

Apteekkariliiton www-sivut. 2014. Viitattu 19.8.2014.
www.apteekkariliitto.fi/tietopankki/laakehoitosuunnitelma.html

Brady, A-M., Malone, A-M. & Fleming, S. 2009. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. Journal of Nursing Management. Dublin, Ireland.

Eriksson, K., Isola, A., & Kyngäs, H. ym. 2012. Hoitotiede. SanomaPro Oy. Helsinki.

Fimean www-sivut. 2014. Viitattu 2.2.2014. www.fimea.fi

Fimean verkkolehden www-sivut. 2013. Viitattu 18.8.2014.
sic.fimea.fi/3_2013/laakitysvirheitä_voidaan_ehkaista

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Invalidiliiton www-sivut.2014. Viitattu 26.5.2014. www.invalidiliitto.fi

Jyväskylän yliopiston www-sivut.2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu 19.1.2015.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuudesta haasteena. Terveystieteiden aikakauslehti. Suomen Lääkärilehti.

Pharmac www-sivut 2014. Viitattu 29.1.2014. <http://www.pharmac.fi/>

PharmaService Oy. 2014. Turvallisuutta ja säästöjä. Viitattu 25.5.2014
<http://www.pharmaservice.fi/omaiset/turvallisuutta-ja-saastoja>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A. & Henttonen, T. ym. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. SanomaPro Oy. Helsinki.

Sairaanhoitajaliiton www-sivut. 2014. Viitattu 2.2.2014. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. WSOY pro. Helsinki.

Sipola-Kauppi, I. 2009. "Apua, minäkö tein virheen?" – Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sosiaali-, ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Oppaita 2006:32

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes. Helsinki.

Terveyskirjaston www-sivut. 2014. Viitattu 17.8.2014. www.terveyskirjasto.fi

THL:n www-sivut. 2014. Viitattu 17.8.2014. www.thl.fi

Tiihonen, S. 2013. Keskitetty lääkkeenjako perusterveydenhuollossa: Hoitajien kokemukset ja yhteys lääkepoikkeamien esiintyvyyteen. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos

Tokola, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Tammi. Helsinki.

Turun Validia-palvelut www-sivut 2014. Viitattu 26.5.2014.
<http://www.validia-asuminen.fi/>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Valviran www-sivut. 2014. Viitattu 19.8.2014.
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/l/a/Laakehoidon_toteuttaminen.pdf

Veräjänkorva, O. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY. Porvoo.

Yliopiston apteekki. 2014. Tehokkuutta ja turvallisuutta annosjakelupalvelulla. Viitattu 25.5.2014
<http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/yritystiedot/yritysassiakkaat/annosjakelu/Pages/Default.aspx>



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

1 / 2

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

| | |
|--|------------------------------|
| Opinnäytetyön tekijä: <u>Susanna Uola</u> | |
| Opiskelijanumero: <u>1201772</u> | Aloituserhmä: <u>AHT12SR</u> |
| Koulutusohjelma: <u>Hoitotyönkoulutusohjelma</u> | |
| Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <u>Marja Flinck, marja.flinck@samk.fi 044-7103430</u> <u>Maamiehenkatu 10, 28500 Pori</u> | |
| Toimeksiantaja, yhteysthenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <u>Turun Validia-palvelut</u> <u>Palveluohjelmien Anne Mattila p. 044 765 0894 anne.mattila@validia.fi</u> <u>Hippoksen tie 27, 20720 Turku</u> | |
| Opinnäytetyön nimi: <u>Läkehoidon tehittäminen ja läkepoikkeamien</u> <u>ehkäisy hoitajien näkökulmasta</u> | |
| Työn etenemisaikataulu: <u>Työn teoriaosuus laaditaan kesän 2014 kuluessa, vars.</u> <u>työ toteutetaan syksyn 2014 alussa. lopulliseen muotoonsa opia-</u> <u>näytetyö saatetaan syksyn 2014 kuluessa.</u> Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa. | |
| Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. | |
| Tätä sopimusta on laadittu <u>3</u> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle. | |
| Olemme lukeet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne. | |
| Päiväys: <u>16.7.2014</u> | |
| Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys: <u>Anne Mattila, palveluohjelmien</u> <u>ANNE MATTILA</u> | |
| Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: <u>Susanna Uola</u> <u>Eeva Liisa Mors</u> | |
| Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus: <u>Marja Flinck</u> | |
| Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <u>Susanna Uola</u> <u>Susanna Uola</u> | |

Sopimusehdot

Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työ sopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustaa-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa. Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävänä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

Satakunnan ammattikorkeakoulu
 Sosiaali- ja terveysalan Rauman yksikkö
 Steniuksenkatu 8
 26100 RAUMA

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

4.9.2014

Turun Validia-palvelut/
 Palveluesimies
 Anne Mattila
 Hippoksentie 29
 20720 Turku

Arvoisa Turun Validia-palveluiden palveluesimies

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Rauman yksikössä. Tutkintooni sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Työni aiheena on kehittää lääkehoitoa ja lääkepoikkeamien ennaltaehkäisyä tekemällä tutkimuskysely Turun Validia-talon, Vasaramäen asumispalvelujen ja Hirvensalon Validia-talon lääkehoitoa toteuttavalle henkilökunnalle. Tarkoituksena on kartoittaa kyselyn avulla edellä mainittujen yksiköiden hoitajien näkemyksiä lääkehoidon nykytilanteesta ja selvittää kehittämis ehdotuksia. Tavoitteena on etsiä mahdollisia kehittämistarpeita ja varmistaa osaltaan asiakkaan lääkitysturvallisuuden toteutuminen.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeella syyskuun-2014 aikana. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Marja Flinck (044 710 3430, marja.flinck@samk.fi)

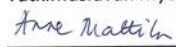
Pyydän kohteliaimmin lupaa tutkimuksen suorittamiseen. Liitteenä tutkimussuunnitelma ja kyselylomake.



 Susanna Uola

☒ Tutkimuslupa myönnetty

Tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus, nimenselvennys, sekä nimike

 ANNE MATTILA, PALVELUESIMIES

KYSELYYN VASTAAJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun terveyden osaamisalueella sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä lääkehoidon toteutuksesta ja lääkepoikkeamien ennaltaehkäisystä Turun Invalidiliiton asumispalvelut Oy:n alaisissa yksityisissä palvelutaloissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lääkepoikkeamien ilmenemistä ja kehittää keinoja ehkäistä niitä. Vastausaikaa on kolme viikkoa. Kiitos jo etukäteen yhteistyöstä. Sinun kokemuksiasi ja asiantuntemustasi tarvitaan!

Terveisin,

Susanna Uola

susanna.uola@student.samk.fi

KYSELYLOMAKE

Täytä kyselylomakkeen taustatiedot ympyröimällä oikea vaihtoehto. Monivalintaiset väitekohdat (taulukot) täytetään laittamalla rasti kohtaan, joka vastaa parhaiten mielipidettäsi. (1= **täysin eri mieltä**, 2= **osittain eri mieltä**, 3= **osittain samaa mieltä**, 4= **täysin samaa mieltä**.) Avoimiin kysymyksiin kirjoita kehittämissuhteita lääkehoitoon sekä lääkepoikkeamien ennaltaehkäisyyn liittyen. Palauta kyselylomake oheiseen laatikkoon 26.9.2014 mennessä. Vastaukset käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti, eikä kenenkään henkilöllisyys tai yksittäiset vastaukset tule ilmi. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

1. TAUSTATIEDOT:**1. Ammatillinen koulutus**

- a. Lähihoitaja/perushoitaja
- b. Sairaanhoidaja
- c. Muu. Mikä? _____

2. Kokemus hoitotyöstä

- a. alle 1 vuotta
- b. 1 - 5 vuotta
- c. 6 - 10 vuotta
- d. 11 - 15 vuotta
- e. 16 - 20 vuotta
- f. yli 20 vuotta

3. Työyksikköni on

- a. Turun Validia-talo
- b. Vasaramäen Validia-asunnot
- c. Hirvensalon Validia-talo

4. Työkokemus Invalidiliiton yksiköissä

- a. alle 1 vuotta
- b. 1-5 vuotta
- c. 6-10 vuotta
- d. 11-15 vuotta
- e. 16-20 vuotta
- f. yli 20 vuotta

5. Työkokemus tässä yksikössä

- a. alle 1 vuotta
- b. 1-5 vuotta
- c. 6-10 vuotta
- d. 11-15 vuotta
- e. 16-20 vuotta
- f. yli 20 vuotta

6. Toteutan lääkehoitoa työssäni

- a. erittäin harvoin
- b. silloin tällöin
- c. useasti
- d. päivittäin

7. Yksikössäni toteutuu lääkkeiden annosjakelu

- a. kyllä
- b. ei

2. LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA

(1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= osittain samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä.)

| | 1. | 2. | 3. | 4. |
|--|----|----|----|----|
| a. yksikössäni on lääkehoitosuunnitelma | | | | |
| b. olen tutustunut työyksikköni lääkehoitosuunnitelmaan | | | | |
| c. tiedän kuka vastaa lääkehoitosuunnitelmasta | | | | |
| d. lääkehoitoa toteutetaan suunnitelman mukaisesti | | | | |
| e. lääkehoitosuunnitelmalla tarkoitetaan yksikkökohtaista ohjeistusta | | | | |
| f. lääkehoitosuunnitelmalla tarkoitetaan asiakaskohtaista suunnitelmaa | | | | |
| g. tiedän milloin lääkehoitosuunnitelma tarkastetaan | | | | |
| h. tiedän mitä lääkepoikkeamalla tarkoitetaan | | | | |

3 LÄÄKEPOIKKEAMAT

(1=täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3= osittain samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä.)

| lääkepoikkeama johtuu useimmin | 1. | 2. | 3. | 4. |
|---|----|----|----|----|
| a. asiakas kieltäytyy ottamasta lääkkeitään | | | | |
| b. kiireestä hoitotilanteesta | | | | |
| c. hoitajan inhimillisestä erehdyksestä | | | | |
| d. hoitajan huolimattomuudesta | | | | |
| e. hoitajan virheellisistä kirjauksista | | | | |
| f. hoitajien väsymyksestä | | | | |
| g. väärät lääkkeet asiakkaalle | | | | |
| h. lääkkeet annetaan väärään aikaan | | | | |
| i. virheellisestä lääkannoksesta | | | | |
| j. lääkemuutoksista | | | | |
| k. päällekkäislääkityksestä | | | | |
| l. lääke jää antamatta | | | | |
| m. puutteellinen tiedonvälitys | | | | |
| n. hoitajan perehdytyksen puutteesta | | | | |
| o. lääkkeen kontaminoitumisesta | | | | |
| p. virheellinen lääkkeiden jako | | | | |
| q. lääkekortin virheellisistä tiedoista | | | | |
| r. apteekin tekemistä virheistä | | | | |
